

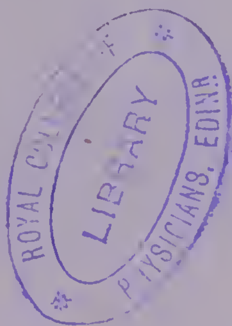
MASSAGE

IN DER

FRAUENHEILKUNDE

VON

DR. L. PROCHOWNICK.



HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1890.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

INHALT.

	Seite
Einleitung	1
Die Technik der Massage	12
Die Anzeigen für die Massage	29
Die Ausübung der Massage	31
I. Die Beckenexsudate und Blutergüsse	31
II. Die Parametritis und Perimetritis chronica	50
a. Erkrankungen im perivaginalen Bindegewebe	53
b. Die Parametritis chronica	60
c. Die Perimetritis chronica	79
III. Die Beziehungen zwischen Rückwärtslagerung der Gebärmutter und Massage	95
IV. Die Metritis chronica	119
V. Die Senkungen und Vorfälle	124
Gegenanzeigen und Mifserfolge	165
Schlufsbemerkungen	172

Einleitung.

Die Massage ist sicherlich so alt wie die Medizin. Sie ist sogar, wenn wir uns aus dem Gebahren noch jetzt auf niedrigen Kulturstufen lebender Menschen einen Schlufs auf vorgeschichtliche Zeiten erlauben dürfen, noch älter, als die Anfänge bezw. ersten Überlieferungen einer wissenschaftlichen Medizin.[1]

Auch für die Geburtshilfe wird gewöhnlich angenommen, dafs bestimmte, der Massage zugehörige Gebräuche bis ins graue Altertum hinaufreichten. Es ist dies, wenn wir wiederum alles dasjenige in Betracht ziehen, was uns über weniger civilisierte Völker als noch gebräuchlich berichtet wird[2], wohl möglich und recht wahrscheinlich, aber durch nichts erwiesen. Auch nicht in einem einzigen namhafteren Schriftsteller des Altertums bei Griechen und Römern, ebensowenig in der Bibel und den Berichten bezw. Übersetzungen über altindische und ägyptische Medizin ist eine sichere Stelle zu finden, welche

---

[1] Vergl. die einschlagenden Stellen bei Haeser, *Geschichte der Medizin* I pag. 93, sowie ferner Hippokrates, Littrésche Ausgabe VI, 82, 326, 497, 529 ff., 597, Philostratus, *Über die Gymnastik*, ed. Daremberg, Paris 1858 S. 4, 24, 28, wo schon der Wettstreit zwischen massierenden Gymnasten und Ärzten berührt wird.

[2] Vergl. die ausgezeichneten Zusammenstellungen von Ploss, *Das Weib* Bd. II 183, und die Forschungen Engelmanns, *Die Geburt bei den Urvölkern.*

auf massageähnliche Gebräuche bei der Geburt deutete.[1] Erst bei den Arabern finden sich die ersten Erwähnungen eines Bauchstreichens und Herabdrückens zur Erleichterung der normalen Geburt.[2] Ebensowenig bieten alle diejenigen Abschnitte, welche die hauptsächlichen Schriftsteller — die weniger bedeutenden geben mit und ohne Quellenangabe stets dasselbe — dem Nachgeburtsgeschäfte gewidmet haben, auch nur den geringsten Anhalt[3], dafs sich jemand in zielbewufster Absicht mit der Erregung von Uteruskontraktionen oder der Herausbeförderung der Nachgeburt durch Handdruck auf Gebärmutter und Leib befafst habe. Dieses Verfahren ist durchaus ein Kind unserer Zeit.

[1] Vergl. die betr. Kapitel bei Hecker, Sprengel, Haeser, Siebold in deren *Geschichte der Medizin,* bezw. der Geburtshilfe und Chirurgie. Nur ein einziges Mal bei Celsus findet sich die Angabe, bei der Extraktion zwecks Erleichterung des Kopfdurchtrittes den Bauch zu pressen. Darüber vergl. auch die einschlagenden Kapitel bei Hippokrates (ed. E. Littré, Paris 1853), *De morbis mulierum* I 34, Celsi, *De medicin. libri. octo,* ed. Daremberg VII 29. — Pauli Aeginetae, *Opera,* ed. Joh. Guenter, Leyden 1551, III 76. — Aetius Amidenus, ed. Joh. Bapt. Montanus, Venedig 1534, XVI 13, 15, 22. — Eine Reihe anderer Schriftsteller des Altertums bieten in Form und Inhalt so wenig, dafs ihre einschlagenden Kapitel von den hippokratischen Lehren in nichts sich unterscheiden.

[2] Vergl. Albucasis, *De Chirurgia.* Tom. II, Lib. II 75. Ed. Joh. Channing, Oxford 1778. — *Abubetri Rhazae ad regem Mansorem libri decem,* II 28. Ausgabe von Girardus, Vesalius und Albanus, Basel 1544. — Avicennae, *Canon medicinae,* ed. Fabritius Raspanus, Venedig 1608. Lib. III Tract. II c. 1. — Die angeblichen, auch neuerdings noch von Reibmayr (*Die Massage und ihre Verwerthung etc.*, Wien 1889, pag. 129) den Arabern, besonders Rhazes zugeschriebenen Massagebräuche bei Verbesserung fehlerhafter Kindeslagen erweisen sich beim Quellenstudium als einfache, unveränderte Wiedergabe hippokratischer Stellen (ed. Littré, *De morb. mul.* I 69). Abschüttelungen der auf den Rücken gelegten Mutter bei erhöhten Hüften und erhöhtem Bettgestell, dürften aber kaum als Massage angesprochen werden. Und auf ähnliche Mafsnahmen laufen alle Vorschriften der späteren Autoren, mit der einzigen rühmlichen Ausnahme des Celsus (a. a. O.), der die Wendung auf die Füfse empfahl, hinaus, von Hippokrates bis auf Ambr. Paré. Letzterer brachte bekanntlich den Vorschlag des Celsus wieder zu Ehren.

[3] Hippokrates, *Morb. mul.* I 46; Celsus a. a. O.; Paulus von Aegina, lib. VI c. 75; Aëtius, lib. 16; c. 24; Albucasis, lib. II c. 78; Avicenna, lib. III. tract. II c. 16; Rhazes a. a. O.

Gerade ebenso verhält es sich mit der Frauenheilkunde. Schon bei Hippokrates finden sich in den mehrfachen Kapiteln über den Vorfall und die Vorlagerungen der Gebärmutter Methoden angedeutet, welche einen entfernten Anklang an Massage haben, wenn man Aufhängen an den Füfsen oder Ausziehen der Beine nach manueller Zurückdrängung vorgefallener Teile so nennen will.[1] Dieselben Vorschriften wiederholen sich noch hier und da einmal — aber ganz vereinzelt — bis ins spätere Mittelalter, sind aber bei denjenigen, welche am ehesten ein Bild damaliger Gynäkologie bieten, ganz verschwunden, z. B. bei Franz v. Piemont und in den Sermones des Nicolaus de Falconii (Venetiae 1484). Und so bleibt es bis in unser Jahrhundert hinein; selbst in Betreff der einfachen Stützapparate für Vorfälle bleibt der schon von den Hippokratikern empfohlene weingetränkte Schwamm bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts Alleinherrscher.

Erst vor gut zwanzig Jahren mit der Wiedereinführung der Massage in die Chirurgie treten die ersten Anregungen auf, dem Verfahren in der Frauenheilkunde einen Weg zu bahnen, und zwar gebührt über jeden Zweifel erhaben — auch für die Gegner der Methode — neben den ersten Anregungen allgemeiner Art von Laisné[2] und Philippeaux dem Schweden Thure Brandt das Verdienst, die Frage

---

[1] Hippokrates, *Morb. mul.* II 144. Derselbe, *De sterilitate* (gleichfalls edit. Littré) III 247, 248. Aëtius, lib. 16 c. 79. Rhazes, *Lib. Divisionum*, cap. 93. Avicenna, Lib. III, tract. IV cap. 5 u. 8. Arnoldi Novicomensis, *Opera;* ed. Walther, Strafsburg 1551, lib. III cap. 9. Bei Galenus und dem sonst vieles Geburtshülflich-Gynäkologisches bietenden Soranus findet sich für unsere Frage nichts.

[2] Laisné, *Du massage, des frictions et manipulations à la guérison de quelques maladies*, Paris 1868. — Philippeaux, *Etude practique sur les frictions et le massage*, Paris 1870.* — Thure Brandt, *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies du bassin et principalement des maladies uterines.* Stockholm 1868.

---

* Bedeutet hier und fernerhin, dafs ich betr. Originalwerk nicht gelesen habe, weil es mir nicht zugänglich war, und dafs ich nur von Referaten desselben bei *Virchow-Hirsch* oder in *Schmidts Jahrbüchern* habe Kenntnis nehmen können.

aufgenommen und mit überzeugungstreuem Eifer gefördert zu haben. Wenn man heute den schwedischen Ärzten und auch andern den Vorwurf macht, die Bemühungen Brandts wenig geachtet bezw. dieselben übergangen zu haben, so ist dies einerseits sicher zu viel gesagt, denn es fanden sich Schüler und Anhänger, anderseits ist Th. Brandt selbst nicht ohne Schuld. Schon die Bezeichnung »magnétique« mufste, damals noch mehr als heute, Bedenken erregen; und wenn sich eigentlich recht wenig magnetisches vorfindet, so ist die erste Ausgabe von 1878 doch nicht frei von theologischem, mitunter ans Mystische erinnernden Beiwerke. Ähnlich verhält es sich mit der späteren schwedischen Ausgabe; erst die Reschsche Übersetzung ins Deutsche ist frei davon. Aber diese kleinen nebensächlichen Faktoren würden nicht so lange der Verbreitung und Nutzbarmachung einer guten Sache — auch wenn sie von einem nicht akademisch graduierten Manne kam [1] — im Wege gestanden haben, wenn nicht eine gewichtigere Ursache hinzuträte.

Th. Brandt verkörpert den Gymnasten und den massierenden Arzt in einer Person, er hält Massage und Gymnastik für organisch verknüpft und eines an das andere gebunden, und wenn sich die Ärzte dem entweder widersetzen oder die Gymnastik als das vom Arzte abtrennbare von der lediglich auf ärztlicher Kenntnis beruhenden und ausführbaren Massage zu scheiden suchen, so wiederholt sich vor unsern Augen nur ein Schauspiel, welches zur Zeit der Hippokratiker schon mit schneidigen Waffen aufgeführt wurde. [2] Nur hat sich heutzutage der Standpunkt um ein weniges verschoben, indem es sich jetzt um die Organe im kleinen Becken des Weibes handelt, welche bei den Griechen nicht in Frage kamen.

---

[1] Man vergegenwärtige sich hierbei, wie schwer auch andere von Laien stammende Behandlungsweisen in die wissenschaftliche Medizin Eingang fanden.

[2] Vergl. Hippokrates (ed. Littré), *De victu,* VI 497. Philostratus, *De gymnastica,* ed. Daremberg, Paris 1858.

Und in der That kommt man bei Durchsicht der Äufserungen für und gegen die Massage, sowie sie der etwaigen rein persönlichen Momente entkleidet sind, zu dem ganz klaren Endergebnis[1]: Die Frauenärzte möchten die Massage annehmen, ohne die Gymnastik überhaupt, oder wenigstens ohne sich selbst mit ihr zu befassen; die strengen Anhänger Brandts, insonderheit er selbst, halten dieselben für nicht trennbar oder mindestens für notwendig, dafs ärztliche Massage mit anderweitig auszuübender Gymnastik zu verbinden sei.

Nun kann es, wenigstens für unsere deutschen ärztlichen Verhältnisse und zu Recht bestehenden Anschauungen, nicht zweifelhaft sein, dafs wir Massage recht wohl ausführen können, dafs es aber für den Praktiker in betreff der nötigen Zeit, des körperlichen Kraftaufwandes und anderer an den Stand geknüpfter Rücksichten nicht durchführbar ist, zugleich Gymnast zu sein. Sollen wir aber nur besonderen Leuten — also Spezialisten im Spezialfache — unter Einrichtung geeigneter Anstalten die Sache überlassen, so ist der Einseitigkeit die Thür geöffnet und nebenher den am meisten der Massagebehandlung Bedürftigen, nämlich den Frauen mittlerer und unterer Stände, aus materiellen Rücksichten der Nutzen des Verfahrens nicht zugänglich. Soll aber eine neue Methode sich Anerkennung auf wissenschaftlichem Boden verschaffen, so mufs ihr Nutzen auch dem Ärmsten zugänglich gemacht werden.[2]

Wir sind daher in erster Linie vor die Frage gestellt: Kann die Massage in der Frauenheilkunde mit Erfolg auch

---

[1] Ich unterlasse es, hierfür aus den vielen Veröffentlichungen der letzten 3 Jahre Einzelbeweise aufzubringen; wer dieselben studiert hat, dem drängt sich von selbst dieselbe Wahrnehmung auf.

[2] Dem Einwande, dafs dafür Einrichtungen in Krankenhäusern getroffen werden könnten, möchte ich gleich hier damit begegnen, dafs wohl nur unter ganz kleinen Verhältnissen die Ärzte zugleich die Gymnastik selbst ausüben könnten.

ohne Gymnastik ausgeübt werden? Ist dies der Fall, so wäre weiter zu ergründen, ob mit oder ohne Gymnastik die Erfolge bessere sind, und ferner festzustellen, inwieweit bei dieser etwa durchaus nötigen Gymnastik der Arzt selbst thätig sein müfste oder dieselbe anderen Händen überlassen dürfte.

Um nun nicht mifsverstanden zu werden, schicke ich als persönliche Bemerkung voraus, dafs ich ein eifriger, überzeugter Anhänger der Gymnastik bin. Vom Jahre 1879 an habe ich selbst regelmäfsig erst die schwedische manuelle und später die Zandersche Maschinengymnastik betrieben und thue es noch; wo ich auf meine Kranken je Einflufs hatte, habe ich sie gleichfalls diesen heilsamen Übungen zugeführt und besonders von den Massagepatientinnen habe ich, so oft es anging, vor, bei und nach der Kur in hiesigen Anstalten Gymnastik brauchen lassen. Gerade aber, weil ich die Methoden kenne und ständig verfolgt habe, bin ich zu der festen Überzeugung gelangt, dafs für die Massage der Beckenorgane die Gymnastik nicht ein zur Heilung nötiger Faktor ist. Sicherlich braucht sie nicht der Arzt auszuüben. Wo man sie haben kann von seiten geschulter mit dem Arzte Hand in Hand gehender Gymnasten oder ärztlicher Leiter[1] entsprechender Anstalten ist sie zweifellos förderlich und oft kommt man damit schneller und besser vorwärts; wo man sie nicht haben kann, vermag man durchaus ihre Wirkung mit andern Hilfsmitteln unseres Heilschatzes zu ersetzen!

Als ich 1882 begann mich mit Massage zu befassen, war ich nicht in der Lage, mich persönlich bei Th. Brandt

[1] Ich habe hierorts immer den besonderen Vorteil gehabt, dafs schon seit 2 Jahrzehnten von mehreren tüchtigen Gymnasten, welche sich an ärztliche Forderungen streng hielten, die bei der Massage des Beckens gewünschten Übungen ausgeführt wurden, und in den letzten Jahren war dies um so leichter möglich, als die hiesige Anstalt von Th. Gramcko & Sohn sich ständig unter Leitung von Ärzten befand, so dafs eine Verständigung noch leichter und sicherer war.

zu unterrichten. Aus seinen beiden Werken, sowie aus den französischen Autoren, insbesondere Norström[1], war es mir nicht möglich, einen für unsere pathologischen und anatomischen Anschauungen brauchbaren technischen Kern herauszuschälen, und so ging ich allein von Fall zu Fall selbstthätig und selbstschaffend vorwärts. Die einzige deutsche Arbeit, welche zur Verfügung stand, war diejenige von Otto Bunge (*Berliner klin. Wochenschrift,* 1882, S. 384). Ihm gebührt durchaus das Verdienst in Deutschland und zwar in einer durchaus objektiven und wissenschaftlichen Weise für die gynäkologische Massage eingetreten zu sein, nachdem vorher von anderen, z. B. Chroback und Hegar nur kurze Andeutungen erfolgt waren.

Von Anfang an habe ich meinerseits keinerlei Gymnastik ausgeübt. Als nach und nach genaueres bekannt wurde über Brandts Verfahren, sah ich ein, dafs ich, einen ganz andern Weg gehend, zu annähernd gleichen Ergebnissen gekommen war. Erst seit etwa einem Jahre mit dem Erscheinen der Arbeiten von Profanter und Resch habe ich Vergleiche in der Praxis anzustellen begonnen. Doch ist in der nachfolgenden Arbeit, welche nahezu gänzlich auf meine Erfahrungen bis Ende 1887 aufgebaut ist, davon nicht die Rede. Überhaupt soll jede Kritik vorerst vermieden werden, und eine solche wäre auch erst nach jahrelangem Vergleiche der beiderseitigen Erfolge möglich. Für die zu erstrebende wissenschaftliche Anerkennung und Einführung der Massage wird es gerade von Vorteil sein, wenn mehrere auf verschiedenem Wege und sogar mit, auf Grund verschiedenen Bildungsganges, auseinandergehenden Anschauungen gleich gutes für die Leidenden erreicht haben.

Die folgende Schrift ist lediglich bestimmt nachzuweisen, was ich, ohne Brandts Methoden näher zu kennen und ohne Hinzunahme der Gymnastik, mit Massage in der Gynäkologie

---

[1] Gustaf Norström, *Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage.* Paris, Nilsson 1876.

zu erreichen vermochte. Dieselbe ist das Ergebnis subjektiver Erfahrung und, wenn auch mit möglichster Objektivität verfolgt, ist sie den Fehlern einer allein, ohne wesentliche Vergleichsmöglichkeiten geschaffenen Arbeit unterworfen, für welche Nachsicht erbeten werden mufs. In den letzten Jahren hat eine Reihe von Ärzten sich bei mir mit der meinerseits geübten Methode bekannt gemacht und begonnen sie auszuüben.

Ich betone aber ausdrücklich, dafs ich für keine der verschiedenen Manipulationen etwa ein Vorrecht irgend jemandem streitig mache oder gar selbst eines beanspruche. Ein Vergleich meines Vorgehens mit demjenigen anderer wird Ähnlichkeiten und Abweichungen, Vorzüge und Fehler bald an der Hand von Kritik und Erfahrung erkennen lassen und schliefslich zu einer allgemeinen Massagetechnik für Fachkundige führen. In Magdeburg habe ich zuerst meine damals 2¼ Jahr umfassenden Beobachtungen[1] in eine Anzahl von Erfahrungssätzen — nicht »Thesen« — zusammengefafst. Seiffart[2] hat sich gegen manche derselben lebhaft ausgesprochen. In einzelnen Punkten hat mich natürlich fortschreitende Erfahrung besser belehrt, in der Hauptsache sind aber meine Ansichten gerade durch längere Verfolgung des Erreichten dieselben geblieben. Und nicht »Mangel an Vertrauen«[3] in die Massage hat mich damals wie heute zu vorsichtigem Vorgehen angespornt, sondern wirkliche, zum Teil nicht erfreuliche Erfahrungen, zu denen allerdings damals noch das Bewufstsein hinzukam, dafs ich in Deutschland mit meinem Vorgehen beinahe alleinstand und dies obendrein im Zenithe einer operativen Ära. Auch heute aber bin ich überzeugt, dafs die Angelegenheit der Massage nicht reif ist, dafs

---

[1] *Tagebuch der Magdeburgischen Versammlung der Naturforscher und Ärzte*, S. 229. *Archiv für Gynäkologie*, XXV S. 137.

[2] Seiffart, *Die Massage in der Gynäkologie*. Stuttgart (Encke) 1888.

[3] Seiffart, S. 53.

nur langsamer, kritischer Fortschritt ihr dauerndes Bürgerrecht in unserem Heilschatz sichern wird. Jede zu schnelle Begeisterung, vor allem die zu schnelle Übertragung in die allgemeine Praxis wird zu Mifsgriffen und Täuschungen führen, und das Verfahren wird dadurch in Gefahr geraten, wie so vieles in der Therapie, eine vorübergehende Modesache zu sein.

Die Technik der Massage.

Vorbedingungen. Mit Absicht beginne ich mit der von mir gehandhabten Technik der Massage, um sie als Ganzes für sich zu erledigen.

Die Massage ist ein vorerst noch höchst vorsichtig zu brauchendes Heilmittel, namentlich sollte sie nicht eher Gemeingut des praktischen Arztes werden, bevor sie noch weitere Prüfung und Verbesserung erfahren hat. Durchaus nicht darf sie den mit der Anatomie der Beckenorgane nicht vertrauten und der Verantwortlichkeit nicht bewufsten Laienmasseuren bezw. niederen Medizinalpersonen überlassen werden!

Jede Massagekur beansprucht viel Geduld von seiten der Kranken wie des Arztes. Man bemesse im Beginn ihre Dauer lieber zu lange, als zu kurz. Die Massage ist fernerhin vorwiegend Gegenstand klinischer Behandlung. Für die Sprechstunde eignet sie sich nur, wenn der Arzt recht genügende Zeit und aufserdem noch Räumlichkeiten hat, um den Massierten die meistens notwendige, individuell verschieden lange Nachruhe zu gewähren. Im Hause der Kranken ist sie nur bei günstigen äufseren Verhältnissen durchführbar und verspricht nur Erfolg, wenn die Kranken dabei fortwährend unter Beobachtung des Arztes bleiben. Für recht geeignet halte ich dieselbe während des Aufenthaltes in Bädern. Hat man erst eine Zeitlang klinisch behandelt und beobachtet, so kann man nachher viele Leidende auch ambulatorisch massieren, besonders unter Zuhilfenahme passiver Massage.

Diese Bemerkungen mögen überflüssig klingen, allein sie sind die Summe nicht zu geringer Erfahrung und mehrfachen bitteren Lehrgeldes, wenn ich immer wieder versuchte, von diesen Grundsätzen abzugehen. Jetzt vermögen mich, insbesondere für die Massage von Exsudaten, auch manche neueren Berichte über schnellere und leichtere Erfolge nicht mehr von der Einhaltung dieser Grundregeln abzubringen.

Die Massage findet am besten in den Vormittagsstunden statt. Blase und Darm sind kurz vorher zu entleeren. Bäder und Scheidenspülungen sind gleichfalls vorher zu erledigen. Alle beengende Kleidung, insonderheit Mieder und Überflufs an Röcken ist unbedingt zu entfernen, nicht nur zu lösen. Ein oder zwei Röcke, bezw. das Beinkleid werden anbehalten, sind aber völlig zu lockern.

Die Lagerung der Kranken geschieht entweder in Steifsrückenlage auf einem frauenärztlichen Untersuchungsstuhl oder in gewöhnlicher Rückenlage im Bette. Im Bett bezw. auf dem Sofa ist für Kreuzhalt und Gegenstütze für die Beine zu sorgen; von Stühlen ist derjenige der beste, welcher dem Arzte zwischen den Schenkeln der Frau zu stehen oder zu sitzen gestattet und zugleich so gebaut ist, dafs er der Bauchmuskelerschlaffung möglichst vorarbeitet. Ich benutze stets den Schatzschen Stuhl.

Die Abbildung auf Seite 12 zeigt denselben in derjenigen Stellung, wie wir ihn bei der Massage benutzen.[1]

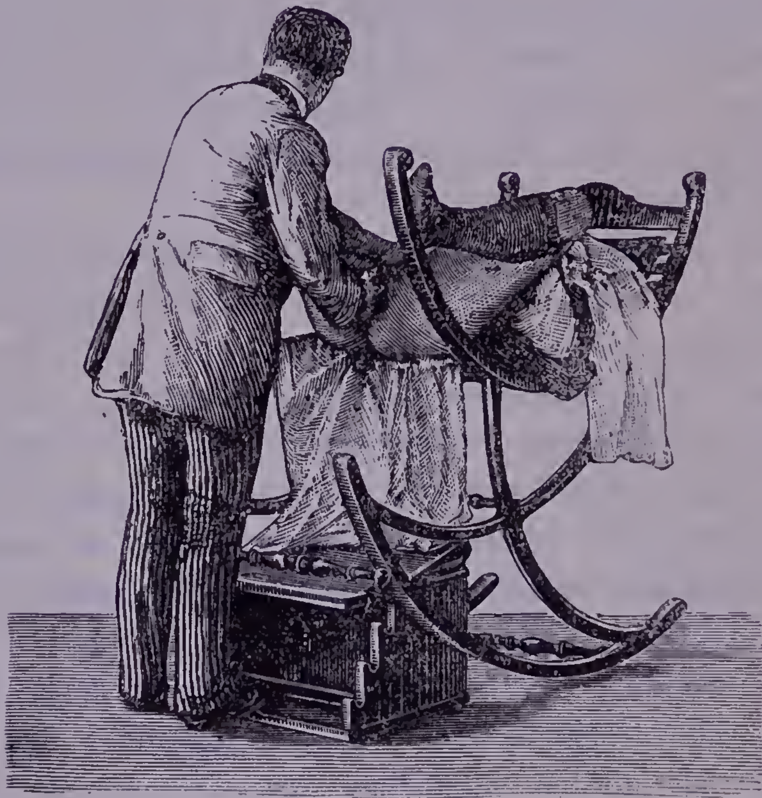
Mehr als die gewöhnlichen Rücksichten auf Schamhaftigkeit dürfen schon um deswillen nicht genommen werden, weil auch bei der Massage aseptisch verfahren werden mufs. Der Massierende hat sich wie zu jeder andren Untersuchung,

---

[1] Auf die Einzelheiten in der Bauart und Verwertung dieses ebenso geistvoll erdachten als einfachen, für alle gewöhnlichen Untersuchungszwecke sowie kleine Operationen genügenden Stuhles kann ich natürlich hier um so weniger eingehen, als Herr Prof. Schatz bisher nicht Gelegenheit genommen hat, sich über denselben beschreibend zu äufsern.

bei der kleine Läsionen nicht ausgeschlossen sind, vorzubereiten, die Kranke wird stets äufserlich gereinigt — geseift — innerlich ausgespült, am besten mit 2%iger Kochsalzlösung und folgend ½—1% iger Kreolinlösung, weil beide nicht adstringierend wirken und die Scheide geschmeidig erhalten.

Die Massage ist für die Mehrzahl der Kranken zuerst ein wenig schmerzhaft. Sowie heftig geklagt wird, ist das



Verfahren nicht am Platze und auszusetzen, oder aber der Kraftaufwand ist soweit zu beschränken, dafs der Schmerz gering wird. Die Empfindlichkeit ist individuell höchst verschieden. Sie kann durch lokale Anästhesien oder Anwendung von Ölen herabgemindert werden, am besten aber wirkt der Zuspruch des Arztes und der bald wahrgenommene Erfolg.

Geschlechtliche Erregungen mögen bei einzelnen Kranken

vorkommen. Ich habe stets in Gegenwart einer weiblichen Hilfsperson oder eines Assistenten massiert und eine solche nicht beobachtet.

Die wichtigste Vorbedingung aber ist eine mit allen Mitteln des jeweiligen wissenschaftlichen Standpunktes der Frauenheilkunde sichergestellte Erkenntnis des Leidens! Um dieselbe zu erreichen, ist in jedem zweifelhaften Falle, d. h. wenn sorgfältige kombinierte Untersuchung nicht genau den Inhalt des Beckens abzutasten gestattet, die Narkose zu Hilfe zu nehmen. Die Mifserfolge, welche man erlebt, beruhen vorwiegend auf Vernachlässigung dieser Vorschrift. Ich habe schon in Magdeburg auf diesen Punkt besonderes Gewicht gelegt und halte daran auch jetzt noch fest. Gleiches gilt von einem anderen, gleichfalls vor 5 Jahren ausgesprochenen Grundsatze, nämlich der Notwendigkeit voraufgegangener anderer Heilbestrebungen. Dieselben sollen möglichst eigene sein, um sorgfältiger individualisieren zu können. Wenn ich seit 1884, wie ich Seiffart zugebe[1], mit fortschreitender Erfahrung in vielen Fällen diese Frist gekürzt habe, so habe ich mich doch auch stets wieder überzeugt, dafs eine einfachere Vorbehandlung mit mehrfacher Untersuchung den Krankheitsfall und sein Geeignetsein für Massage klargestellt hat. Während der Menstruation massiere ich selten und grundsätzlich nur bei ständig ruhenden Kranken. Nach vielfachen Versuchen kann ich einen wesentlichen Vorteil des Verfahrens während der Monatsblutung nicht feststellen — im Gegensatze zu Brandt und anderen — und die Unannehmlichkeiten sind doch, besonders für herumgehende Kranke, beträchtliche. Auch wird dadurch nahezu ausnahmslos die Dauer der Regel verlängert.

Neben der Massage braucht man die Kranken anderweitig nicht zu behandeln. So beschränkt sich nach Berichten

---

[1] l. c. pag. 11.

und der Reschschen Arbeit[1] Thure Brandt anscheinend nur auf dieselbe, allerdings in Verbindung mit Gymnastik. Ich habe meinerseits fast stets zugleich andere bewährte Mittel unseres Heilschatzes mit in Anwendung gezogen und bin damit, meine ich, ebenso schnell zum Ziele gelangt, als mit Gymnastik möglich sein dürfte.

Die *frauenärztliche Massage* habe ich mir in eine *äufsere* und *innere*, letztere wieder in eine *aktive* und *passive* zerlegt.

Die *äufsere* Massage spielt nur eine untergeordnete Rolle. Die sogenannte *allgemeine Massage* zur Anregung des Stoffwechsels übergehe ich hier gänzlich. Die *Bauchmassage* ist in ihren Einzelheiten ebenso bekannt, als verbreitet; ich habe sie, überall wo nötig, neben meiner Behandlung von einer geschulten Wärterin oder Masseurin ausüben lassen.

Frauenärztlich diente mir die *äufsere Massage* lediglich zur Prüfung der Empfindlichkeit und recht häufig als diagnostisches Hilfsmittel.

Es kann sich dabei handeln um einen einfachen Druck oder um eine »Massage à friction«.

Die *einfache Druckmassage* belehrt den Arzt über die äufsere Empfindlichkeit der Kranken und diese wiederum, wie sie durch Erschlaffung der Bauchmuskulatur den Handgriffen des Arztes, ohne Schmerzen zu empfinden, entgegenzukommen vermag.

Man kann den Druck sowohl mit den Fingerspitzen, als mit dem Fingerrücken, so dafs die Gelenkgegend zwischen erster und zweiter Phalanx die Fingerspitze ersetzt, oder mit dem Handteller bezw. Handrücken ausüben; die Hauptsache ist, dafs man langsam beginne, ganz allmählich in die Tiefe drücke. Die Hand sei weder nafs, noch kalt; ob man Öle oder Glycerin benutzen will, ist individuell; meistens ist es

---

[1] *Thure Brandts heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten.* Deutsch von A. Resch. 1888.

unnötig. Bei Frauen mit atrophischen Bauchmuskeln oder solchen, welche die Muskeln gut zu erschlaffen verstehen, kann man schon auf diese einfache Weise den obern Teil des kleinen Beckens abtasten. Für andere Kranke dient das Verfahren dazu, sie in der Erschlaffung des Leibes zu unterweisen und auf die inneren Handgriffe vorzubereiten.

Besonders aber bietet dasselbe in zahlreichen Fällen ein Merkmal der Unterscheidung, ob ältere Entzündungsvorgänge lediglich im Beckenbindegewebe sitzen oder ob das Beckenbauchfell daran beteiligt ist, bezw. ob Netz- oder Darmverlötungen bestehen. Es leistet dabei mitunter mehr als Untersuchung in Narkose. Drückt man bei derartigen Kranken am besten mit flachem Handrücken langsam die Bauchwand gegen das kleine Becken hin, so werden bei Betheiligung des Bauchfells bald einzelne bestimmte Schmerzpunkte angegeben, bei Beckenzellgewebserkrankung geschieht dies nicht. Läfst man, nachdem so tief als möglich gedrückt wurde, plötzlich und unverhofft los,[1] so fahren die mit peritonitischen Reizzuständen Behafteten, heftigen Schmerz äufsernd, zusammen. Die Richtigkeit dieser Anschauung liefs sich einigemale bei später nötigem Bauchschnitte nachweisen.

Die zweite Form äufserer Massage, *Reibungsmassage*, Massage à friction, ist, wie schon Mosengeil[2] bemerkt, leichter zu zeigen, als zu beschreiben. Ich führe dieselbe, vorwiegend auch zu diagnostischen Zwecken, folgendermafsen aus:

Mit den Spitzen oder flachaufgelegten Oberhälften zweier oder mehrerer Finger (Beugeseite) und unter Benutzung der Darmbeinschaufeln, Schambeinäste, Kreuzbeinfläche als Stützpunkt sucht man an die Beckenorgane heranzukommen und dieselben gegen eine der bezeichneten Unterlagen emporzu-

[1] Es geschieht dies am vorteilhaftesten, indem man eine die Aufmerksamkeit ablenkende Unterhaltung mit der Patientin führt.

[2] *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd. XIX.

ziehen, oder anzudrücken, oder hinabzudrängen, oder zwischen die Finger beider Hände sie umfassend zu erreichen, je nach der Eigenart des Falles. An Heilerfolg ist mit äufserer Massage wenig zu erwarten; Seiffart (a. a. O. S. 12) empfiehlt bereits, sie gänzlich auszuschalten.

Die innere Massage zerfällt (für mich!) in eine aktive und passive. Erstere ist die vom Arzte selbst angewandte Form, letztere geschieht mit geeigneten Instrumenten, welche unter gewissen Vorbedingungen das aktive Verfahren zu ersetzen oder zu unterstützen geeignet sind, und wird in der Ausführung einer Wärterin oder der Leidenden selbst überlassen. Statt »innere« kann man auch mit Seiffart »combinierte« Massage sagen, hat dann nur 2 Fremdwörter, ohne wesentlich mehr verständlich zu sein.

Die aktive Massage geschieht natürlich immer unter Zusammenwirken beider Hände; die Finger der einen wirken vom Inneren des Beckens, die der anderen von den Bauchdecken aus; erstere wird im Folgenden dementsprechend immer als innere, letztere als äufsere Hand bezeichnet.

Die innere Hand kommt mit einem oder mehreren Fingern von der Scheide, oder vom Mastdarme, oder von beiden zugleich her in Thätigkeit.

Es hängt von der Art der Erkrankung und der Empfindlichkeit der Leidenden ab, ob das eigentliche Massieren mehr mit der inneren oder äufseren Hand geschieht. Allein es mufs unser Bestreben sein, der äufseren Hand den möglichst gröfseren Anteil der Bewegungen, der inneren mehr das Festhalten der zu massierenden Teile zukommen zu lassen. Mit fortschreitender Übung kann man darin beträchtliche Fertigkeit erreichen.

Die vier meinerseits angewandten Arten innerer Massage sind:

1. *Streichung* (Effleurage); 2. *Knetung* (Pétrissage);
3. *Zugdruck*; 4. *Dehnung* (Lüftung, Hebung).

Die *Streichung* ist die mildeste Form und ich verwende sie selten, weil man das wenige mit ihr Erreichbare, nämlich die Beseitigung leichter entzündlicher oder geschrumpfter Narbenstränge in und hinter der Scheide, zwischen Scheide und Blase bezw. Mastdarm, oder nach dem Damme hin mit anderen Mitteln, namentlich passiver Massage, gleich gut und für die Kranken bequemer erreicht. Auch vermag man bei ihr nur selten vom Leibe aus mit der äufseren Hand nachzuhelfen, am ehesten noch bei Massage der unteren Harnleiterabschnitte. Die Ausführung geschieht derart, dafs man mit den Fingerspitzen bezw. ersten Fingergliedern die zu massierende Partie nach einem bestimmten Stützpunkte (Knochen oder Beckenmuskeln) hin, oder von ihm ab ausstreicht. Nach Vollzug einer Bewegung wird abgesetzt und nach Rückkehr zum Ausgangspunkt von neuem in gleicher Richtung begonnen. Setzen wir z. B. den Fall, dafs nach einer Zangenoperation ein tiefer Scheidenrifs mit starker narbiger Schrumpfung geheilt sei. Es hat infolge dessen eine Verziehung des Scheidenrohres von der Mitte bis zur Vulva und Anheftung des narbigen Gewebes an die Beinhaut des Schambeins stattgefunden. Diese Fälle sind nicht zu selten und quälen einzelne Frauen durch Schmerzen, Jucken, Narbenempfindlichkeit, Koïtusbehinderung hochgradig. Man würde hier — von jeder Nebenbehandlung abgesehen — mit 2 Fingern die Scheidenwand vom Knochen abzuheben und durch abwärtsstreichende Bewegung zu dehnen suchen; am unteren Ende der Narbe absetzend, kehrt man zur meistbefestigten Stelle zurück, beginnt von neuem und wiederholt das Verfahren zuerst etwa 8—10, später bis zu 20 Malen in einer Sitzung mit kleinen Zwischenpausen.

Die *Knetung* wird so ausgeführt, dafs der zu massierende krankhafte Teil von der inneren und äufseren Hand zwischen die Finger genommen und dann gerieben, gedrückt, ausgestrichen oder gequetscht wird; freilich klingt dies leichter, als es ist. Von innen her gelingt es meist bequem, die Finger

gegen die erkrankte Stelle zu führen, von aufsen — wenn nicht gerade die Gebärmutter selbst massiert werden soll — erreicht man das Ziel schwerer. Nur langsam und sanft die Bauchwand vor sich herdrückend — oft mufs man die Kranken erst zur Abspannung anlernen (s. o. S. 13, 14) — sucht man sich an das Objekt heranzutasten. Fühlt man selbiges deutlich zwischen den Fingern der inneren und äufseren Hand liegend, so bestrebe man sich, in der Mehrzahl der Fälle die innere Hand lediglich als Stützpunkt zu benutzen und nun die Reibung oder Quetschung mit den Fingern der Bauchhand zu vollführen. Es ist nämlich die Knetung die typische Form für chronisch eingedickte Ausschwitzungen und Blutergüsse im Beckenbindegewebe. Nun kann man ja allerdings oft genug mit der inneren Hand ein solches Exsudat kräftiger bearbeiten, allein erstens geschieht dabei leicht zu viel und zweitens ist die äufsere Hand eine ungünstige, leicht abgleitende Gegenstütze; hat man aber die krankhaften Teile nicht fest zwischen den Händen, so ist der Erfolg gering.

Nehmen wir z. B. an, es befinde sich im linken Parametrium ein wallnufsgrofser und entsprechend dicker Entzündungsrest, dessen Beseitigung wegen der von ihm ausgehenden Krankheitserscheinungen nötig ist. Wir setzen voraus, dafs derselbe »massagereif« (s. später S. 31 ff.) sei. In diesem Falle geht die linke Hand (2 Finger) in die Scheide, selten bei tiefem, seitlichem Sitze oder begleitenden ischiadischen Schmerzen in den Mastdarm; die rechte Hand arbeitet sich von aufsen, entweder direkt von oben oder seitlich an der Darmbeinschaufel herabgleitend, entgegen. Ist der Sitz der Erkrankung rechts, so benutze ich die rechte Hand innerlich, die linke äufserlich und bei linksseitigem Sitze umgekehrt. Dieser Grundsatz gilt weitmöglichst für alle Art von Massage. Fühle ich nun das Exsudat zwischen den Fingern, so mache ich mir die Vorstellung, als wenn ich mit 2—3 Fingern der äufseren Hand eine gekochte Kartoffel, welche, in einer kleinen

Schale befindlich, die Finger der Innenhand mir entgegenbringen, langsam mit den Fingerspitzen der Aufsenhand zerdrücken und gegen die Wand der Schale anpressen sollte. Gröfser darf der anfängliche Kraftaufwand nicht sein, höchstens unter Umständen geringer. Diese Bewegung wird zuerst 2—3mal, später 5—6mal wiederholt. Allmählich steigt man, entsprechend der Gewöhnung der Kranken, sowohl mit dem innern Gegendrucke, als mit der äufseren Kraftaufwendung. Die ersten Sitzungen dürfen nur einige Minuten dauern, auch die spätern überschreiten selten 8 Minuten, die Pausen zwischen den einzelnen Wiederholungen des Knetens miteingerechnet; individuelle Ausnahmen finden hierbei natürlich statt.

Die ersten Tage lasse ich bei dieser Behandlung die Kranken bedingungslos liegen und verfolge genau die Eigenwärme (möglichst Mastdarmmessung!) und den Puls. Tritt keine Erscheinung ein, welche Aussetzen des Verfahrens erheischt, so beschränkt sich nach 4—5 Tagen die Ruhe auf eine Stunde, welche (bei poliklinischen Kranken!) allmählich selbst bis zu 1/4 Stunde vermindert wird. Die Knetung hat vom äufseren Rande der Ergüsse her zu beginnen, nach und nach schreitet man gegen das Zentrum des Krankheitsherdes vor.

Sehr häufig bedarf man bei dieser Massage, sowie bei der folgenden Zugdruckform einer Beihilfe. Nicht selten mufs die Gebärmutter seitlich verdrängt oder nach abwärts ein wenig angezogen werden, damit man die kranke Stelle bequemer erreichen kann. Der Assistent (Wärterin) hat alsdann das mit einem Häkchen oder einer Hakenzange gefafste Organ so zu halten, dafs es dem Massierenden nicht im Wege ist. Je mehr ein solches Vorgehen nötig ist, um so vorsichtiger sei man mit Nachruhe und Beobachtung der Kranken, vorzüglich bei dem Verdacht, dafs zwischen dem Erkrankungsherde und dem Bauchfelle eine Verbindung bestehe!

Weniger besorgt braucht man zu sein bei dem

Zugdruck. Diese Form von Massage dürfte wohl eigens der Gynäkologie zukommen. Sie besteht in einer gemeinsamen gleichzeitigen Anwendung von Zug und Druck und kommt folgendermafsen zur Ausführung:

Wie bei der Knetung bringt man die zu massierenden Gewebsteile zwischen die Finger der äufseren und inneren Hand. Dies ist einesteils schwieriger, weil das Objekt meist kleiner zu sein pflegt, doch aber ebenso oft leichter, weil dasselbe weniger schmerzt. Ist dies gelungen, so hält die eine Hand die Teile fest und drückt sie lediglich der andren entgegen; diese nun übt mit 2 bis 3 Fingern einen gleichmäfsigen langsamen Zug aus. Ist die umfafste Gewebsmasse genügend ausgezogen, so läfst die bewegende Hand nicht los, sondern nur locker, gleitet zurück unter Leitung der stützenden Hand, deren Druck immer der gleiche bleibt, und beginnt den Zug von neuem. Ob dieser Zug vom Uterus als Mittelpunkt nach der Beckenwandung bezw. den grofsen Gefäfsgebieten hin gerichtet ist (natürlich meistens!) oder in umgekehrter Weise statt hat (selten!), ob die innere Hand festhält, die äufsere zieht, oder umgekehrt, hängt lediglich von dem Falle ab. Wenn möglich, ist auch hierbei immer die innere Hand die ruhig liegende, stützende, die äufsere die bewegende, auf die linke Seite der Frau wird gleichfalls thunlichst mit der linken Hand, auf die rechte Seite mit der rechten eingegangen (s. o. S. 18). In einer Reihe von Fällen, besonders wenn die Behandlung schon fortgeschritten ist, kann man mit beiden Händen zugleich Druck und Bewegung ausüben; alsdann hat die Bewegung beider in gleicher Richtung zu erfolgen. Die Dauer der Sitzungen kann bei diesem Verfahren, nachdem man zuerst mit 4 bis 6 Minuten, die kurzen Unterbrechungen eingerechnet, begonnen hat, allmählich länger währen und man kann bis zu 10 und 12 Minuten steigen. Dabei schwankt die Zahl der einzelnen Zugdruckbewegungen zwischen 8 und 10 im Beginne, bis zu 18 und 20 später,

nach je 4 bis 5 Bewegungen findet eine kurze Pause — ohne Entfernung der Hände — statt. In der ersten Zeit ist auch hierbei Nachruhe und Beobachtung der Eigenwärme nötig; auf letztere kann meist bald verzichtet werden und erstere darf man schnell wesentlich kürzen. Der Zugdruck ist die wirksamste Massageform für sämtliche alte Entzündungsreste im Beckenbindegewebe und bedingungsweise auch im Perimetrium, sobald sie nicht mehr einen der Knetung zugängigen Umfang haben, ferner für sämtliche Verwachsungen flächenhafter oder bandartiger Natur, endlich für alle Narbenstränge und Schrumpfungsvorgänge mit den sie begleitenden Lageveränderungen der Beckenorgane.

Die Wirkung dieses mit einem mäfsigen Gegendrucke ausgeübten Zuges nach einer bestimmten Richtung hat man sich so zu denken, dafs steife, starre Bindegewebsmassen wieder elastisch und dehnfähig gemacht werden und dafs durch die immer wiederholte Dehnung Veränderungen in der Cirkulation eintreten.

Am typischsten tritt dies bei manchen Fällen von Retroflexio uteri hervor, welche durch Narbenschrumpfung im Parametrium veranlafst sind. In kurzer Frist heilt man sie scheinbar mit Zugdruckmassage ohne Pessar, allein in eben so kurzer Zeit, wenn man zu früh aufhört, tritt eine abermalige Zusammenziehung des Parametriums ein mit Rückfall im Gefolge. Legt man Gewicht darauf, die Massage bis zur vollen Beweglichkeit der ganzen Seite des Beckenbindegewebes fortzusetzen, ähnlich derjenigen auf der andren gesunden Seite, so ist die Heilung dauernd.

Auch bei diesem Verfahren mufs man sich neben der direkten Wirkung auf die erkrankten Stellen vergegenwärtigen, dafs auf die benachbarten Gefäfs- und Lymphbahnen ein Reiz zur Aufsaugung und eine Anregung des Kreislaufes mit bezweckt wird, und mufs dementsprechend die Massagebewegung richten oder durch Nebenbehandlung — heifse

Douchen, Bäder, Tampons und dergl. — nach diesem Ziele trachten.

Die vierte Form aktiver Massage ist die *Dehnung*[1]. Man kann statt dieses Ausdruckes auch Hebung, Lüftung, Überdehnung sagen. Die beabsichtigte Wirkung ist, durch eine möglichste Ausnutzung der den Beckengeweben bezw. Organen eigentümlichen Elastizität einen Heilzweck zu erreichen. Ich habe dieselbe, bis 1887 Näheres über Brandts Verfahren bekannt wurde, lediglich so geübt, dafs ich entweder die Scheide durch möglichst deren Nachgiebigkeit aufs höchste Mafs spannende Streichungen mit 2 Fingern zu dehnen und heben versuchte, oder dafs ich, die Gebärmutter bimanuell umfassend, dieselbe mitsamt Scheide und umgebenden Anhängen so hoch als möglich in gerader oder seitlicher Richtung empordrängte.[2] In dieser gehobenen Stellung wurde dann zugleich unter Umständen Zugdruck angewandt. Es ist dieses auf einem Untersuchungsstuhle, wie der Schatzsche ist, sehr leicht und bequem ausführbar, falls nicht zu dicke Bauchdecken vorliegen. Bei starken Erschlaffungen gelingt es unschwer, den Fundus uteri bis zum Nabel und darüber hinaus emporzuheben ohne jegliche Assistenz. Zu Demonstrationszwecken eignet sich das Verfahren besonders gut. Im Höhepunkt der Dehnung hielt ich die Organe 1—2 Minuten fest, liefs dann langsam nach und wiederholte das Verfahren nach einer kurzen Pause; im ganzen zuerst 2, später 4—5 mal in einer Sitzung. Dasselbe richtete sich wesentlich gegen Senkungen, Vorfälle und Erschlaffungszustände der Beckenorgane, und ich habe bis zum Jahre 1887 eine Reihe recht befriedigender Erfolge damit erreicht. Von der Behandlung

[1] Im Jahre 1884 in Magdeburg habe ich diese Form nicht mit aufgeführt, weil ich eben erst Versuche damit begonnen hatte und stark im Zweifel war, ob sich wirklich Brauchbares damit erreichen liefse.

[2] Zum Zwecke der Hebung von Rückwärtsneigungen habe ich dieses Ver ahren nicht benutzt, wenigstens nur nebenher.

Brandts unterscheidet es sich, abgesehen von der Weglassung gymnastischer Vorarbeit (Tapotement der Kreuzbeingegend), dadurch, dafs lediglich bimanuell ohne Assistenten, sowie ohne Zuhilfenahme der Schenkelmuskelbewegungen verfahren worden ist. Was letztere anlangt, so mufs ich schon jetzt dieselben als ein ganz ausgezeichnetes Unterstützungsmittel der Dehnung anerkennen; über den Vorzug der Brandtschen etwas schwierigeren »Lüftung«[1] zu meinen obigen Handgriffen kann ich mir ein Urteil noch nicht erlauben; jedenfalls ist die Methode in diesem Jahre besonders bei nicht fettleibigen Frauen mit anfänglichem Erfolge auch von mir ausgeübt worden.[2] Niemals habe ich Sonden oder ähnliche Mittel benutzt.

Bei einer grofsen Zahl von Massagekuren habe ich nun als ein bewährtes Mittel zur schnelleren Erreichung des Zweckes die *passive Massage* schätzen gelernt. Vermittelst derselben erspart man vielen Leidenden Schmerzen und Zeit, und deshalb halte ich auch heute noch an derselben in entsprechenden Fällen trotz lebhafter Anfechtung fest.[3] Ich mufs auch heute noch, wie s. Z. in Magdeburg, wenigstens für meine Praxis, betonen, dafs nicht wenige leidende Frauen, besonders schon länger behandelte, durch eine täglich wiederholte Sitzung aktiver Massage auch bei möglichst schonendem Vorgehen des Arztes in verschieden hohem Grade nervös erregt werden. Einige betrifft dies mehr im Anfange, andere bei weiterem Verlaufe der Behandlung, die ja immer, wenn ein dauernder Erfolg eintreten soll, mindestens einige Wochen in Anspruch nimmt. Ich habe nun nicht etwa einfache hysterische Erscheinungen verschiedener Art im Auge, sondern wirkliche Störungen der Nerventhätigkeit, in erster Linie Schlaf-

---

[1] Vergl. die Beschreibungen bei Profanter, Seiffart und Resch.

[2] Über einschlagende Fälle und Vergleiche der Verfahren soll besonders berichtet werden, wenn die Kranken wenigstens ein Jahr geheilt geblieben sind.

[3] s. Seiffart a. a. O.

losigkeit, Magenbeschwerden, Gereiztheit und Gemütsverstimmung.

Ferner gibt es, in der grofsstädtischen Praxis sicherlich, vermutlich auch in der ländlichen, eine ganze Reihe von Frauen, welche auch mit gutem Willen[1] nicht mehr als 2—3mal in der Woche zum Arzte zwecks Massage kommen können. Dennoch sind gerade ihre Leiden derart, dafs selbige für sie angezeigt ist.

Endlich finden sich unter den Kranken einige, welche in der Scheide durch alte Entzündungen, Narben, Fissuren höchst empfindlich sind und welche deshalb eine täglich wiederholte Sitzung im Anfange nicht vertragen.

Bei allen drei Arten von Kranken kommt es aber darauf an, die einmal unternommene Kur nicht abzubrechen oder nicht durch längere Pausen weniger wirksam zu machen, und deshalb versuchte ich bei denselben — und thue es noch — für längere oder kürzere Zeit, je nach dem Falle, zwischen die Sitzungen aktiver Massage die passive einzuschalten.

Auch kam ich allmählich zu der Erkenntnis, dafs gegen Ende des aktiven Verfahrens und zur Verhütung von Rückfällen passive Massage günstig verwertet werden kann. Für einzelne Formen von Erkrankung, z. B. Narbenkontrakturen in der Scheide und um sie herum, abheilende, kleine Hämatokelen und manche Fälle vernarbter Parametritis posterior, sowie von Vaginismus, genügt nach meinen Erfahrungen in den letzten Jahren passive Massage allein.

Als Form passiver Massage kann man schon jede Scheidenspülung, wenn sie kalt oder übernormal warm ist und eine Druckhöhe von mindestens ½ Meter Wasserdruck hat, sowie auch viele Pessarien ansehen. Scheidenspülungen, besonders warme, von 34° R. an aufwärts, bewirken so

[1] Ich sehe hier natürlich von finanziellen Hindernissen ab, welchen ja durch Polikliniken abgeholfen wird, und habe nur diejenigen des Hausstandes und Erwerbes im Auge.

mächtige Ausdehnungen der Scheide, dafs dieselbe den gesamten Inhalt des kleinen Beckens emporhebt und dessen Höhle allein ausfüllt. Man kann diese Wirkung nicht nur — wie bekannt sein dürfte — zu diagnostischer Aufklärung über die Dehnfähigkeit des Beckenbindegewebes ausnützen, sondern sie dient auch als ein sehr brauchbares Unterscheidungsmerkmal. Denn nahezu typisch vertragen diejenigen Frauen, deren Erkrankung sich im Beckenbindegewebe abspielt, solche Spülungen unter mittlerem Drucke (50—80 cm Wasserdruck) ausgezeichnet. Sobald aber das Bauchfell selbst oder mit Bauchfell überzogene, oder mit selbigem pathologisch verwachsene Teile erkrankt sind, rufen die Ausspülungen mehr oder minder heftige Schmerzen bezw. nachträgliche wehenartige Empfindungen hervor. Wegen dieser Beschränkung und aufserdem wegen der natürlich schnell vorübergehenden Wirkung kann man die Irrigationen lediglich als Unterstützungsform passiver Massage ansehen.

Ähnliches gilt von den Pessarien. In Einzelfällen in den Zwischenzeiten der aktiven Behandlung recht annehmbar, verbieten sie sich bei den meisten andern von selbst, weil gerade die zur Massagebehandlung Anlafs gebenden Erkrankungen eine nur nach einzelnen bestimmten Richtungen hinzielende Anspannung der Scheidenwände, wie sie ja den meisten Pessarien zu eigen sein mufs, nicht vertragen würden.

Eine erfolgversprechende passive Massage mufs gleichmäfsig und andauernd wirken.

Um dieser Forderung gerecht zu werden, dienten mir zum Vorbilde die Bozemannschen Dehncylinder bezw. Dehnkugeln, welche zur Ausdehnung und Erweichung der Narbenränder bei Blasenscheidenfisteln gebraucht werden. Dieselben wurden an Zahl vermehrt und in ihrer Herstellung geeigneter gemacht für die Massagezwecke und kommen entweder in Kugel- oder in Cylinderform aus feinpoliertem Hartgummi zur Verwendung. Beide sind innen hohl mit doppeltem Boden.

Durch letzteren wird der zur Befestigung dienende Faden gezogen. Zweck dieser Bauart war die Erzielung gröfstmöglicher Reinlichkeit und Verhütung des Eindringens von Sekreten und Flüssigkeiten ins Innere. Die Cylinder besitzen einen Breitendurchmesser von 4—8 cm, von 5 zu 5 mm steigend, der Längendurchmesser wächst nur um ein geringes. Die Kugeln bilden gleichfalls Sätze von 8 Stück mit einem Durchmesser von 25 mm anfangend bis zu 60 mm steigend, erst langsam (3 mm), dann schneller (10 mm).[1]





Die nebenstehenden Abbildungen geben die beiden kleinsten Nummern von Cylindern und Kugeln in halber natürlicher Gröfse wieder. Die punktierte Linie deutet den Doppelboden, welcher den Abschlufs gegen den inneren Hohlraum bildet, an.

Die passive gynäkologische Massage geschieht ausschliefslich von der Scheide aus. Ob Kugeln oder Cylinder verwendet werden sollen, richtet sich lediglich nach der Eigenart des Falles; letztere entsprechen dem natürlichen Scheidenrohr mehr, erstere kommen daher etwas seltener, vorwiegend bei starkem Anteil der Scheide an geschrumpften Entzündungsresten bezw. Narben in Gebrauch. Die Anwendung ist folgende:

Meist führt die Kranke selbst sich das Instrument ein, seltener die Wärterin bezw. der Arzt, jedoch ist letzteres für einige Male zur Erläuterung und um den Kranken Mut zu machen, ratsam. Dasselbe, gänzlich rein und mit einem festen, geknüpften (täglich zu erneuenden!) Faden versehen, wird in Glycerin oder reinstes Öl getaucht und vor dem Zubettgehen in die Scheide eingelegt. Man beginnt mit der für den Fall geeigneten kleinsten Nummer, d. h. wählt diejenige, welche

[1] Im Grofshandel von der New-York-Hamburger Gummiwaarenfabrik in Hamburg, im einzelnen von den Instrumentenhändlern zu beziehen.

auf die Scheidenwandung und deren Umgebung nach allen Seiten hin einen gleichmäfsig spannenden gelinden Druck ausübt. Die Kranke wird unterrichtet, den Cylinder (bezw. Kugel), sowie sie irgend stärkere Beschwerden empfindet, herauszuziehen und in ein neben dem Bett stehendes Gefäfs mit Wasser oder Karbolwasser zu legen. Mit der erstgewählten Nummer wird nun so lange fortgefahren, bis die Patientin selbige 3 bis 5 Nächte hindurch gänzlich schmerzlos ertragen hat.[1] Alsdann steigt man zur nächsthöheren empor. An den Tagen aktiver Massagesitzungen kann man unter Umständen die nächtliche passive aussetzen, jedoch ist dies nur selten notwendig. Selbstredend benötigt man im Einzelfalle nicht, zu den höchsten Nummern anzusteigen, sondern nur zu einer dem Sonderfalle angepafsten. Die Frauen sind streng anzuweisen, stets morgens eine reinigende Scheidenausspülung vorzunehmen, das Massageinstrument gründlich zu säubern und den Faden abzuschneiden.

Die dehnende, erweichende und dabei meist kaum empfundene Wirkung dieser passiven Massage ist weitaus gröfser, als man zweiflerisch im Anfange anzunehmen geneigt ist. Namentlich erleichtert sie durch die ständige Vorbereitung der Scheide die Handgriffe der aktiven Massage. Deshalb kann ich Seiffart, welcher diese Behandlungsform für überflüssig erachtet, nicht beistimmen. Denn ob dabei auf etwaige Narben direkt oder nur durch Einflufs auf das Nachbargewebe gewirkt wird, bleibt sich gleich; die Narbe wird sicherlich der aktiven Massage damit leichter zugänglich.[2] Man mufs

[1] Bei manchen Frauen braucht man bei der Menstruation die Kur nicht zu unterbrechen; wird sie in dieser Zeit aufgehoben, so werden die Tage ante menses nicht gerechnet und immer nach denselben mit der vorher benutzten Nummer wieder begonnen.

[2] Als ein klassisches Vergleichsbeispiel stehen uns dabei die Fisteloperationen vor Augen. Wer je bei Scheidenfisteln nach irgend einer Richtung hin wahrgenommen hat, wie vortrefflich Bozemanns Kugeln auf Erweichung der Narbenränder und deren Umgebung wirkten, wird sich auch mit passiver Massage für andere Zwecke vertraut zu machen suchen.

eben längere Zeit Versuche gemacht haben, um sich von dem Nutzen zu überzeugen.

Die Behandlung der Massierten nach den Sitzungen besteht, wie schon berührt, in einer nach Dauer und Form der Eigenart der Kranken anzupassenden Ruhe.

Dabei sind möglichst bei allen Erkrankungen, bedingungslos aber bei subakut entzündlichen, Puls und Temperatur in der ersten Zeit mit Sorgfalt zu beobachten. Die Weiter- bezw. Nebenbehandlung richtet sich nach Mafsgabe dieser Faktoren.

Die *Nebenbehandlung* möchte ich nur streifen; jeder Frauenarzt wird dabei im ganzen nach seinem Ermessen und nach seinen Gewohnheiten handeln. Die Hauptfrage für uns wird aber diejenige sein, ob eine gröfsere oder geringere Reihe rein gymnastischer Verfahrungsarten, welche von Brandt und seinen Schülern als Bedingung für den Erfolg angesehen werden, wirklich nötig sind, oder ob wir dieselben durch einfachere Mittel unsres bisherigen Heilverfahrens ersetzen können. Meine Anschauung hierüber ist in der Einleitung ausgesprochen.

Bei der *Nachbehandlung* ist lediglich der specielle Krankheitsfall mafsgebend; technische Vorschriften können nicht gegeben werden. Ich lasse viele Kranke, besonders diejenigen, welche wegen Entzündungen und Entzündungsresten der Massage sich unterzogen, noch längere Zeit passive Massage gebrauchen und selbige erst nach einigen späteren, den Erfolg überwachenden Untersuchungen aufgeben.

Die Anzeigen für die Massage.

Wenn wir die Vorschriften, physiologischen Untersuchungen und Berichte über Anzeige und Wirkung der Massage auf den verschiedenen Gebieten der Chirurgie[1] kennen und den Versuch machen, dieselben auf das Gebiet der Frauenheilkunde zu übertragen, so haben wir wegen des Zusammentreffens mehrerer krankmachender Faktoren (z. B. Verletzung und Infektion) und wegen der Vereinigung der ursprünglichen Krankheit mit einem von ihr an sich unabhängigen, aber doch wichtigen Folgezustande (z. B. parametritische Schrumpfnarbe und Erschlaffungsretroflexion) mancherlei Schwierigkeiten. Die nachfolgende schematische Aufstellung der Anzeigen zur Massage, wie alles Schematische natürlich nicht ganz vollkommen und späterer Änderung unterworfen, lehnt sich am ehesten an die Anzeigen der Massage für die Chirurgie an und ist den späteren Abschnitten zu Grunde gelegt.

Wir bezwecken mit Massage:

1. *Die Beförderung der Aufsaugung und Rückbildung entzündlicher bezw. traumatischer Ergüsse und Ablagerungen.* (Beckenexsudate und Blutergüsse.)
2. *Die Dehnung, Lockerung und Abschwellung auf entzündlicher Basis narbiger oder geschrumpfter oder auch hypertrophischer Gewebsmassen.* (Narbenstränge,

[1] Eine gute Übersicht darüber bietet sich in dem Reibmayrschen Werke: *Die Massage und ihre Verwertung in den verschiedenen Disziplinen der praktischen Medizin.* Wien und Leipzig 1889.

Schrumpfungen im Bindegewebe, Verlötungen und die durch chronische Entzündung entstehenden Anschwellungen nebst den mit diesen Vorgängen zusammenhängenden Lageveränderungen der Beckenorgane.)

3. *Die Anregung des Säftekreislaufes und Wiederherstellung der normalen Gewebsspannung (Elasticität bezw. Tonus), in*

   a. verdickten bezw. verhärteten und hypertrophischen oder

   b. erschlafften Geweben.

   (Metritis chronica. Subinvolution. Die auf Erschlaffung des Bindegewebes beruhenden Senkungen, Vorfälle und Lageveränderungen.)

Nach diesen Anzeigen sind thunlichst — ganz liefs sich die scharfe Trennung nicht überall durchführen — die folgenden Abschnitte eingerichtet, jedoch so, dafs sie nach den Krankheitsbildern, nicht nach den theoretischen Massageanzeigen, geordnet wurden.

Bei allen Krankengeschichten hat ein Bestreben möglichster Kürze vorgeherrscht. Möglichste Typen aus einem reichen, vorwiegend klinisch beobachteten Materiale aus verschiedenen Jahrgängen wurden gewählt. Anamnese und spätere Schicksale sind besonders berücksichtigt. Auf die Massage selbst ist stets nur ganz kurz eingegangen; von Tag zu Tag oder Woche zu Woche die Veränderungen im objektiven Befunde zu schildern, würde den Raum verdreifacht haben; den Arzt interessiert in erster Linie Art und Dauer des Erfolges. Auf Wiedergabe von Zeichnungen, die gleichfalls nur schematische Bilder liefern können und nur Wert für denjenigen haben, welcher die betreffenden Fälle selbst verfolgt hat, ist verzichtet worden.

Die Ausübung der Massage.

I. Die Beckenexsudate und Blutergüsse.

Dieselben bilden den schwierigsten und zugleich nicht gefahrlosen Teil der Massagebehandlung.

Das Gleiche gilt von denselben Erkrankungsformen in der Chirurgie. Der Zeitpunkt, von welchem an ein akuter entzündlicher Erguſs der Massage zugänglich, »massagereif«, ist, das »Wie« derselben, sowie die einzuhaltenden Vorsichtsmaſsregeln haben zu längerem Streite Anlaſs gegeben und im Laufe weniger Jahre hat eine anfängliche Überbegeisterung einer höchst vorsichtigen Haltung bei den meisten Chirurgen Platz gemacht. Noch gröſsere Vorsicht muſs auf diesem Gebiete vom Gynäkologen gefordert werden. Liegt schon die Erkenntnis meist schwieriger, so ist überdies die Möglichkeit zu schaden näher liegend und die Gefahr eines Schadens bedeutend gröſser.

Bei Blutergüssen ohne Fieber, welche von vornherein in eigener Beobachtung waren, lasse ich mindestens 1—1½ Monat vor Beginn örtlicher Behandlung bezw. Massage vergehen; ist dabei auch nur einigermaſsen Verdacht einer abortiven Extrauterinschwangerschaft vorhanden oder war die Anfangsbeobachtung nicht sicher, so wird noch länger gewartet.

Bei fieberhaften Ergüssen halte ich auch nach den weiteren Erfahrungen der letzten Jahre durchaus und unbedingt daran fest,[1] mit Massage nicht eher zu beginnen, als minde-

[1] Wie seiner Zeit in Magdeburg mit Nachdruck betont wurde, a. a. O.

stens 5—6 Wochen ohne jegliche Temperatursteigerung verlaufen sind bezw. vorausgeschickte einfachere Heilmafsregeln solche nicht hervorriefen.

Sind die Kranken erst später in Behandlung gekommen oder liegen die anamnestischen Verhältnisse nicht klar, so entscheidet erst Beobachtung und Vorbehandlung, ob die Massage erlaubt sei. So viele einzelne Male ich versucht habe, mich von diesen Beschränkungen bei der Exsudatmassage zu befreien, so oft habe ich Schaden für meine Kranken folgen sehen. Auch der zarteste Beginn ändert daran nichts, und ich kann daher durchaus nicht raten, der Meinung Reschs[1] und Reibmayrs[2] zu folgen und schon eher die Exsudatmassage zu beginnen. Th. Brandt massiert sogar[3], wenn sich bei der Behandlung frische Nachschübe zeigen; ich kann diese Meinung nicht teilen.

Die Massageform für Exsudate und Blutergüsse ist vorwiegend die Knetung. Wie in der Chirurgie hält man sich anfangs vom Hauptherde entfernt und dringt vom Rande her erst allmählich auf ihn ein. Mitunter bei fortschreitender Besserung kommt Zugdruck vorteilhaft in Anwendung.

Völlige Bettruhe, regelmäfsige Messung und Beobachtung des Pulses sind in der ersten Zeit unbedingt nötig. Zeigt sich dabei der geringste Verdacht, dafs noch zersetzungsfähiges Material (Eiter) vorhanden ist — Temperatur- oder Pulsfrequenzerhöhung — so wird ausgesetzt.

Die der Massage zugänglichen und Heilerfolge versprechenden entzündlichen Ergüsse sind vorwiegend diejenigen des Beckenzellgewebes; die Entzünduugen im Beckenbauchfelle sind nur mit gröfster Vorsicht anzufassen und versprechen geringere Erfolge.

---

[1] *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1886 No. 32.

[2] *Die Massage und ihre Verwertung,* 1889 pag. 146.

[3] a. a. O. (Reschs Übersetzung) pag. 40.

Auf diesen letzteren Punkt verweise ich nachdrücklich. Ich habe, ermutigt durch die ersten Erfolge mit Massage, dieselbe bewufst auch auf kleine, abgekapselte Exsudate im Beckenbauchfelle, besonders auf kleine Tubengeschwülste angewandt. Trat auch hier und da Erfolg ein (vgl. z. B. Fall 16), so wurde doch auch zweifellos geschadet. Es traten Nachschübe, frische Bauchfellreizungen, mehrfach bedrohliche Erscheinungen ein, und ich halte mich nach einer mehr als sechsjährigen, sorgsamen Prüfung für durchaus berufen, die Massage für *perimetritische* Exsudate und Tubengeschwülste, welche als deutliche Tumoren der fühlenden Hand zugänglich sind, zu widerraten. Diese Erkrankungen gehören, wenn der gewöhnliche Heilschatz nicht ausreicht, in das Gebiet der operativen Gynäkologie!

Sind perimetritische Exsudate eingedickt und haben zu Narbenbildung, Adhäsion, Schrumpfung geführt oder sind die Eileiter nur mäfsig geschwellt, kurz, handelt es sich um Perimetritis chronica nach länger voraufgegangener und zurückgebildeter Exsudation, so ist natürlich Massage weit eher am Platze (s. darüber im folgenden Abschnitte).

Es möge zunächst eine Reihe Krankengeschichten folgen:

1. Frau Konsul P., behandelt von September 1881 an Endometritis chronica hyperplastica adenomatosa, descensus vaginae anterioris, ruptura perinei incompleta. Zeitweise heftige Nierensteinkoliken. Grofse, blühende Frau von 28 Jahren; hat einmal normal vor 4 Jahren geboren. Ende Dezember 1881 Haematokele parauterina dextra traumatica mannsfaustgrofs, die ganze rechte Seite des Beckens ausfüllend; fieberlos. Bettruhe, Eis; zeitweise Opium. Nach Ablauf der nächsten mäfsig starken Regel bei weiterem Liegen der Kranken erst 3, dann 2, dann 1 tägig wiederholte Massage, vorwiegend Knetung, des Ergusses nach der Wirbelsäule und Darmbeinschaufel hin. Bis zur folgenden Monatsblutung im ganzen 13 mal angewandte Massage, durchschnittlich 5 Knetungen auf je 12 Minuten, führt zum Schwunde der Geschwulst bis auf eine fingerdicke Leiste im rechten Parametrium dicht hinter dem Scheidengewölbe. Diese schwindet nach heifsen Ausspülungen, vaginaler Jodpinselung und Gebrauch von Franzensbad. Wohlbefinden 2½ Jahre bis Mai 1884. Durch anhaltendes Nähen auf der Nähmaschine bei der Regel (?) schwere, fieberhafte Parametritis purulenta dextra. Nach 3wöchentlicher Dauer

und vorheriger Punktion Einschnitt und Drainage durch den Mastdarm, Anfang Juni 1884. Schnelle Abheilung; Drain nach 14 Tagen entfernt. Es wird einmal Ende Juni, ein zweites Mal Mitte Juli versucht, durch Massage auf das noch immer kleinfaustgrofse harte und feste Exsudat zu wirken. Beidemale sofort mäfsige Temperatursteigerung und Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Erst nachdem die Kranke im September von Franzensbad zurückgekehrt ist, gelingt es in wenigen Woehen die noch immer bestehenden starren Wände der Ausschwitzung durch tägliche Massage in 20 Sitzungen soweit zu bessern, dafs dieselben keine Beschwerden mehr machen. Dann noch 2mal wöchentlich aktive Massage, die übrigen Tage Anwendung von Dehncylindern bis Ende November 1884. Seitdem völlig gesund bis jetzt, ausgenommen zeitweise, aber gleichfalls seltenere, Nierensteinkoliken. Das Becken ist völlig frei von Narbensträngen und Entzündungsresten. Uterus normal gelagert.

2. Frau L., Hoteldienersehefrau, 37 Jahre alt, Hamburg. Verheiratet 13 Jahre; unfruchtbar. Behandelt vom 20. 8. 1881 an frischer, typischer, fieberloser Haematokele retrouterina, entstanden durch langanhaltenden Coïtus des angetrunkenen Ehemanns bei der Menstruation. Nach Abheilung der schwereren Symptome und Ablauf der nächsten Menses erste Massageversuche. Wegen zu grofser Empfindlichkeit 8 Tage verschoben. Alsdann 14 Tage täglich und naeh abermaligem Ablauf der Regel 2tägig, insgesamt 22mal Knetungsmassage. Völliger Schwund der Haematokele ohne jeglichen Rückstand. Die letzten 8mal wurde in der Sprechstunde, vorher zu Hause im Bette massiert. In diesem Falle hatte keinerlei weitere Behandlung stattgefunden. Die Kranke wurde bis Sommer 1883 beobachtet, wanderte dann aus und schrieb noch einmal 1884, dafs sie gesund sei.

3. Frau Sch., Schlachtersehefrau, Hamburg. Aufnahme 5. 5. 1882. Grofse, kräftige Frau von 31 Jahren. Gebar vor 3 Jahren leicht einen Knaben. Nachgeburt von der Hebamme durch Eingehen mit der Hand entfernt. Darnach langes, fieberhaftes Wochenbett, von welchem sie sich nie recht erholte. Ziehende Leibsehmerzen ständig, kurz vor der Periode. Diese 8—10, auch 14 Tage dauernd; während derselben fühlt sich die Kranke am wohlsten. Befund: Rückwärtsbeugung der Gebärmutter mit chronischer Metritis und entzündlichen Reizerscheinungen in beiden Seiten. Verordnung: Ruhelage, Sitzbäder, Glycerintampons, Mittelsalz. Soll naeh 14 Tagen wiederkommen, um alsdann die Möglichkeit den Uterus zu heben, festzustellen. Statt dessen wurde ich nach 8 Tagen zur Patientin geholt; dieselbe hatte von dem berauschten Ehemann einen Fufstritt oberhalb der Symphyse erhalten. Schwerer, traumatischer, die ersten 5 Tage mit geringem Fieber verbundener apfelsinengrofser Blutergufs zwischen Gebärmutter und Blase. Ganz besonders schwere Blasenschmerzen, Dysurie, einige Tage blutiger Urin. Naeh Ablauf der stürmisehen Erscheinungen wird die Kranke in meine Privatklinik gebraeht. Die Blutung resorbierte sich unter Eis, später Priefsnitzschen Umsehlägen sehr rasch, aber wegen der fortwährenden Blasenbeschwerden ver-

suchte ich von Mitte Juni an (5 Wochen nach der Erkrankung), die Massage. Die Versuche mufsten wegen Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden; Patientin wurde zuvörderst entlassen. Nach der nächsten Regel kehrte sie von selbst zurück und bat um Wiederaufnahme der Massage. Dieselbe in ca. 20 Sitzungen führte zu Aufsaugung der Blutreste, Trennung leichter Verwachsungen zwischen Blase und Uterus und befriedigendem Wohlbefinden bis auf die Retroflexion. Diese wurde erst später behandelt. Bei der Massage wurde vorzugsweise Knetung verwandt, anderweitige Therapie aufser Trinken von Wildunger Wasser vermieden. Anfang 1885 kam die Kranke wieder in Behandlung, diesmal wegen eines subserösen, kleinen Fibromyoms der vorderen Gebärmutterwand, entsprechend der Stelle, wo früher der Bluterguss seinen Sitz hatte. Die von letzterem gesetzten Beschwerden waren nach der Massage zwei Jahre völlig verschwunden gewesen.

4. Frau R., Schneidersfrau, Hamburg, 26 Jahre. Aufnahme 15. 6. 1883. Kleine, zarte Frau, verheiratet seit 6½ Jahren, hat im 1. Jahre der Ehe einen lebenden Knaben leicht geboren. Dann 5 Jahre unfruchtbar. Im Anfang Juli 1882 zuletzt menstruiert; dann keine Blutung bis Mitte September; Übelsein, Spannung der Brüste. Mitte September plötzlich heftige Leib- und Kreuzschmerzen, Stuhl- und Blasendrang, rascher Kräfteverfall, Ohnmachten. 3½ Monate wegen „innerer Blutung in den Unterleib“ (wahrscheinlich geplatzter Tubenschwangerschaft) Krankenhausbehandlung. Hierauf ganz allmähliche Erholung bei regelmäfsiger, nur langdauernder Menstruation bis vor 8 Tagen. Nach Heben eines Waschfasses plötzlich wieder starke Schmerzen, Mastdarmdruck, Dysurie, Schwindel, Ohnmachten. Befund am 15. 6. 1883: mannskopfgrofser Blutergufs im Becken und in der rechten Unterbauchgegend unter Linksdrängung des vergröfserten, blutenden, aber leeren Uterus. Kein Fieber. Nach Linderung der stürmischen Anfangserscheinungen bleibt die Geschwulst gleichmäfsig grofs, dick und von unten her teigig anfühlbar. Operatives Eingreifen wird verweigert. Von Ende Juli an wird die Massage zugleich mit 3tägigen Ergotineinspritzungen, wegen dauernder mäfsiger Blutung, begonnen. Zuerst darnach kleine Steigerungen der Körperwärme, (bis 38^4 im Mastdarm); deshalb wird die Behandlung noch weitere 14 Tage aufgeschoben. Alsdann regelmäfsige 2tägige Knetung mit gleichzeitiger passiver Massage von der Scheide aus. Die Heilung beansprucht fast 4 Monate; im 3. und 4. Monate wird die Massage nicht mehr im Hause, sondern nur noch 2 mal wöchentlich in der Poliklinik mit einstündiger Nachruhe ausgeführt. Die vollständige Aufsaugung der grofsen Geschwulst beanspruchte 40 Sitzungen; die letzten Reste waren noch nicht beseitigt, als wegen Verdachtes neuer Schwangerschaft aufgehört werden mufste. Die Kranke habe ich erst 1888 wiedergesehen, sie hat damals, sowie später noch einmal normal geboren und ist gesund.

5. Frau B., Ww., 31 Jahr, Gastwirtin, Hamburg. Aufnahme 21. 4. 83. Verheiratet gewesen vom 20.—25. Jahr; steril. Hatte schon als Mädchen regelmässige Dysmenorrhoe, die noch jetzt besteht. Sonst bis vor kurzem gesund.

Vor 14 Tagen, angeblich während der Menses, ist Pat. eine schmale Treppe hinuntergeglitten. Seitdem starke Schmerzen auf Darm und Blase, zunehmende Leibschmerzen, Verstopfung, zeitweise Erbrechen. Befund: typische, kindskopfgrofse, fieberlose Haematokele retrouterina; Kuppe der Blutgeschwulst 12 cm über der Schamfuge; Uterus ganz nach vorn, oben links gedrängt; Scheidenteil nur mit äufserster Mühe zu erreichen. Durch starke Blutungen, zeitweise kleine Fiebersteigungen, mehrfaches unerlaubtes Aufstehen verzögerte Abheilung. Im Juni dreimal Massage versucht, mufste wegen zu grofser Empfindlichkeit unterbleiben. Nach einer sechswöchentlichen Kur in Oldesloe, woselbst übrigens trotz regelmäfsiger Ergotininjektionen wegen starker Blutung zweimal Eisenchlorid in die Höhlung der Gebärmutter gespritzt werden mufste, kehrte die Kranke, in ihren Beschwerden wesentlich gebessert, aber ohne beträchtliche Verkleinerung der Geschwulst, zurück. Dieselbe wurde jetzt der Knetung unterworfen und zwar erst täglich, später 2- und 3 tägig unter gleichzeitigem Gebrauche von Glycerintampons in der Scheide. In 2 Monaten war sie bis auf einem kleinapfelgrofsen Rest an der hinteren Uteruswand beseitigt. Die damalige Vermutung, dafs dieser vermeintliche Blutgeschwulstrest ein kleines Fibrom sei, wurde im März 1885, als die bis dahin gesunde Frau wegen starker Blutungen wiederkam, durch Narkosenuntersuchung bestätigt. Wiederholte Ergotinkur wegen apfelgrofsem, teils subserösen, teils intermuralen Hinterwandfibroms. Jetzt beschwerdelos.

6. Frau R., Arbeiterfrau, Hamburg, 32 Jahr. Kräftig gebaute Frau 4 Kinder. Wurde im Anfang Januar 1884, nachdem sie 4 Wochen zuvor nach starker Anstrengung bei der Periode unter ganz charakteristischen Erscheinungen einer Haematokele erkrankt war, zu poliklinischer Behandlung überwiesen. Befund: Kleinfaustgrofse Haematokele parauterina sinistra bei (wahrscheinlich seit langem) nach rechts verdrängtem, retroflektiert verwachsenem Uterus.

Klarstellung der Diagnose durch Untersuchung in Narkose. Nach zweimonatlicher erfolgloser Anwendung von Scheidendouchen, Jodpinselungen, Sitzbädern wird Massage versucht. Da die Frau nur zweimal in der Woche abkommen kann und aufserdem sehr empfindlich ist, wird die Knetung, später Zugdruck mit passiver Massage, in diesem Fall Dehnkugeln, verbunden. Die Dauer der Behandlung wird dadurch entschieden verlängert; die Reste der Haematokele sind in 4 Monaten beseitigt. Dann Lösung des Uterus in Narkose; nach 14 Tagen Thomaspessar unter Fortsetzung der Massage (Zugdruck) während zweier fernerer Monate, um die erzielte Besserung der Gebärmutterlage zu erhalten. Pessar längere Zeit getragen, dann weggenommen; völlige Heilung. Uterus anteflektiert. Die Frau kam mir dann fast 3 Jahre nicht zu Gesicht. Erst Anfang September 1887 kam sie mit einer abermaligen, diesmal rechtsseitigen Beckengeschwulst wieder. Es war, da sie nach der frischen Erkrankung 3 Monate im Krankenhause gelegen hatte, nicht mit Sicherheit festzustellen, ob von vornherein wieder ein Bluterguſs oder eine Parametritis vorhanden gewesen war; jedoch erschien ersteres nach dem Verlaufe und Befunde das wahrscheinlichste. Es lag ein kindskopfgrofser, rechtsseitiger, Gebärmutter,

Blase und Bauchfell stark nach oben links drängender Tumor von etwas elastischer Consistenz und harter, starrer, wenig verschieblicher Wandung vor, welcher mit dem Gewebe hinter dem Scheidengewölbe zusammenhing, ohne dasselbe herabzudrängen. Uterus leicht klaffend, mäfsig blutend. Schmerzen bei Fehlen aller fieberhafter Erscheinungen noch sehr heftig. Es konnte, weil das akute Stadium vorüber war und die Kranke vor einem operativen Eingreifen das Einschlagen der früheren Massagebehandlung dringend erbat, sofort massiert werden. Der Erfolg war in täglichen Sitzungen, ohne andere Verordnungen, so gut, dafs sie nach 13 Tagen aufser Bett sein und nach 21 Tagen entlassen werden konnte. Von da an trat die frühere Verbindung von beiden Massagearten ein; die Herstellung wurde bald bis auf die wiedereingetretene Rückwärtsneigung des Uterus erreicht. Diese besteht noch, bedarf aber keines Pessars; sonst ist die Frau gesund und arbeitet.

7. Frau B., Kaufmannsfrau, Lüneburg. 32 Jahr, verheiratet seit 10 Jahren. Geb. vor 9 Jahren; dann ein Abort vor 6 Jahren, alsdann bis auf zeitweisen Ausflufs und mitunter stärkere Regel gesund bis vor 10 Wochen. Während der rechtzeitig eingetretenen Regel ohne besondere Ursache heftige Leibschmerzen mit Druck auf die Blase; seitdem ununterbrochene Blutung von verschiedener Stärke und ständig Schmerzen; geringes Fieber nur in den ersten Tagen nach Bericht des behandelnden Arztes. Aufnahme 23. 7. 86. Narkosenbefund: Neben einem gut apfelgrofsen interstitiellem Fundusmyom[1] ein das ganze kleine Becken ausfüllendes Infiltrat, mäfsig hart anzufühlen, die Gebärmutter nach allen Seiten fest umgebend; diese klaffend, in steiler Rückwärtsneigung, mäfsig blutend; Sonde $11\frac{1}{2}$ cm, Höhle weit. Nachdem 8 tägige klinische Beobachtung, sowie ein Probeeinstich noch weiter die Erkenntnis eines parametritischen Blutergusses gesichert hatten, wird am 2. August mit Massage (Knetung) in täglichen, 8—10 Minuten währenden Sitzungen angefangen. Aufserdem 3 tägig 1 Spritze Sicksches Ergotin und täglich abends ein Sitzbad von 29^0 R. mit $1\frac{1}{2}$ Pfd. Seesalz. Völlige Heilung bis Ende August. Am 13. September 1887 kam die Kranke, nachdem sie sich ein Jahr völlig wohlgefühlt hatte, mit etwas Schmerz, Blasendrang und Fluor wieder. Man fühlte auf beiden Seiten schmale Leisten narbigen und verhärteten Gewebes. Blutungen waren bis dahin regelmäfsig gewesen; das Myom war unverändert. Die diesmaligen Erscheinungen heilten zu Hause unter heifsen Douchen, Sitzbädern und passiver Massage schnell ab. Bis jetzt völlig gesund.

8. Frau H., Gastwirtsfrau, 38 Jahre, Hamburg. Bei der Patientin eröffnete ich im Anfang August 1886 eine übermannskopfgrofse, in ihrem Scheitel fast bis zum Nabel reichende, zum Teil verjauchte extraperitoneale Haematokele durch die Scheide; Ursache unsicher, wahrscheinlich schleichende chronische Parametritis bei alter verwachsener Rückwärtsknickung der Gebärmutter.[2] Im Frühjahre

[1] Konnte auch eine verhärtete Haematosalpinx sein.

[2] Eine zwischen die Blätter des breiten Mutterbandes geplatzte Extrauterinschwangerschaft war anamnestisch wahrscheinlich.

1887 kam sie wieder in Behandlung; es bestand noch immer ein faustgrofser Tumor in der rechten Hälfte des kleinen Beckens, der retroflektierte Uterus lag noch befestigt gegen den Mastdarm hin, der linke stark vergröfserte Eierstock herabgesunken und gleichfalls verlötet im Douglasschen Raume. Starker, chronischer Cervixkatarrh, leicht geschwürige Narbenumrollung des verdickten Mutterhalses. Nach erfolgter Aufnahme in die Klinik wurde zunächst die Gebärmutter ausgeschabt und durch eine mit mäfsiger Keilausschneidung verbundene Emmetsche Operation zur Norm gebracht. Eine am 10. Tage auftretende Nachblutung verzögerte den Beginn der Massage, welche erst am Ende der 3. Woche beginnen durfte. Da Patientin nicht länger in der Klinik bleiben konnte, so wurde fernerhin kombinierte Massage gebraucht, 2mal in der Woche Knetung und Zugdruck in Sitzungen von 8—12 Minuten mit halbstündiger Nachruhe, und in der Zwischenzeit Dehncylinder (von 5—8) mit zweimaligen täglichen (35° R.), reichlichen Irrigationen. Auf diese Weise wurde in 2 Monaten völlige Rückbildung der sämtlichen Blutergufsreste erreicht, die Eierstöcke wurden frei, und die in jeder Richtung freibeweglich gemachte, nur am Fundus noch verwachsene, rückwärtsgeneigte Gebärmutter verursachte keinerlei Beschwerden mehr. Deshalb wurde auf Wunsch der Patientin von weiteren Versuchen, auch diese Lageabweichung zu verbessern, abgestanden. Die Frau befindet sich völlig wohl und leitet einen grofsen Haushalt.

An diese Typen von Blutergüssen ins Beckenzellgewebe möchte ich als Übergang zu den entzündlichen Formen zweier Fälle Erwähnung thun, bei denen die Massage zur schnelleren Abheilung von Schenkelvenenthrombose mit gleichzeitiger Entzündung im Becken nach dem Wochenbette in Verwendung kam.

9. Frau D., Kaufmannsgattin, Hamburg, Aufnahme 2. 6. 1882. 28jährige, kräftige Dame. Verheiratet seit 7 Jahren. Erstes Kind nach 4½ Jahren; zuvor wegen Fluor behandelt. Entbindung mittels Zange. Wochenbett bis auf einige Tage Fieber gut. Nach demselben rechtsseitige Schmerzen im Leibe. Deren allmähliche Zunahme, gelblicher Ausflufs, das Ausbleiben erneuter Schwangerschaft führte die Kranke zu mir in Behandlung. Befund: Chron. Metritis mit starkem Cervixkatarrh; Perioophoritis und Salpingitis dextra.[1] Nach kurzer Behandlung mit Blutentziehungen, Bädern und Eisen, Kur in Kreuznach. Bald darauf Empfängnis. Anfang Oktober 1883 leichte, normale Entbindung, bei der ich allein ohne Hebamme thätig war.[2] Völlig fieber-

[1] Blenorrhoïscher Charakter derselben nicht nachweisbar, aber nicht auszuschliefsen.

[2] Ich erwähne dies mit Nachdruck, weil die Entbindung fast ohne Untersuchung verlief und jede Infektion dabei ausgeschlossen war. Ob die Erkrankung auf Spätinfektion oder Selbstinfektion (?) von dem alten rechtsseitigen Herde her beruhte, war nicht festzustellen.

freies, regelmäfsiges Wochenbett ohne jede Störung. Am 13. Tage, nachdem die Wöchnerin am 12. aufgestanden war, Thrombose des rechten Schenkels mit mäfsigem, ständigem Fieber, schnell sich verbreitend; zugleich Klage über dieselben Schmerzen in der rechten Leibseite, welche früher nach dem ersten Wochenbette bestanden hatten. Nach Abheilen der rechten Seite erkrankt die linke in gleich schwerer Weise mit hohem Fieber, so dafs die Kranke 16 Wochen nach der Entbindung zuerst aufser Bett ist. Beiderseits liefs sich die Thrombose bis ins Becken hinein verfolgen. In beiden Parametrien, nacheinander zugleich mit betr. Thrombose auftretend, flache, dünne, nicht empfindliche Anschwellungen. Dieselben verlaufen nicht wie gewöhnlich nach aufwärts und seitwärts, sondern erstrecken sich wie ein das kleine Becken in zwei Teile spaltendes Diaphragma nach hinten. Ihr Verhalten ist am besten so charakterisiert, dafs sie wie eine verdickte Membran dem Verlaufe des Musculus levator ani aufzuliegen schienen. Diese Exsudate werden 4 Wochen nach Aufhören jeglicher Temperatursteigerung (Februar 1884) in erst 2-, dann 3tägigen Pausen, im ganzen 6 Wochen mit Massage behandelt, während zugleich eine Masseurin höchst vorsichtig, erst passiv, dann aktiv die noch immer stark geschwollenen, bei jedem Gehversuch schmerzenden Schenkel massiert. Der Erfolg war ein aufserordentlich befriedigender; das Becken war in kurzer Zeit frei von Exsudat, die Organe beweglich und normal gelagert. Die Kranke vermochte schon nach 3 Wochen mit Binden an den Beinen ohne Leibschmerzen auszugehen. Von Zeit zu Zeit traten allerdings kleine Rückfälle der Beinschwellung und geringe Schmerzen im Leibe ein, gegen welche der Besuch von Sool- bezw. Stahlbädern sich ausreichend erwies. Keine Conception bisher. (Ehemann Diabetiker!)

10. Frau Premierlieutenant L., Berlin. 30jährige grofse, schlanke, aber kräftige Dame. Aufnahme 7. 10. 1884. Patientin hat im Mai — Juni — Juli 1884, anschliefsend an die erste Entbindung eine schwere (septische) Parametritis sinistra mit hohem Fieber und in der 3. Woche auftretender Schenkelvenenthrombose durchgemacht. Lag 14 Wochen. Sie hat sich seitdem noch immer nicht erholt. Ständige Schmerzen in der linken Seite des Leibes, stark geschwollenes linkes Bein mit etwas Ödem am Unterschenkel, taubes Gefühl im Bein, Nachschleppen desselben, Unfähigkeit Treppen zu steigen. Sehr starke Regel, gelblicher Ausflufs; Stuhlbeschwerden. Bisherige mehrfache Heilversuche ohne Erfolg. Befund: Kleinfaustgrofses, hartes, linksseitiges parametritisches Exsudat, etwas flachgedrückt, gleichfalls wie oben beschrieben, weit nach hinten dem Levator ani hinter den Mastdarm folgend, bis zum Kreuzbein ausgedehnt, ziemlich empfindlich. Linkes Bein um ein Drittel dicker als das rechte. Daneben Endometritis interstitialis chronica. Es wurde zunächst nur das Bein massiert und der Leib mit Bädern, Irrigationen und vaginalen Jodpinselungen mit folgenden Glycerintampons behandelt. Der Erfolg war ungenügend. Deshalb 25. 1. 1885 nach Aufnahme in die Klinik tägliche Knetungsmassage zugleich mit nächtlich eingelegten Dehncylindern (No. 5—7). Die aktive Massage wurde ausgezeichnet vertragen. Sitzungs-

dauer 10 Minuten; an 4 Tagen konnte sogar zweimal massiert werden. Durch diese Mafsnahmen trat eine so schnelle Rückbildung ein, dafs bereits nach 17 Tagen die Kranke wieder entlassen und in der Sprechstunde weiter behandelt werden konnte. Das Bein schwoll erst nach der Becken-Massage gründlich ab und konnte erst dann Patientin ohne Nachschleppen desselben schmerzlos gehen. Die fernere Abheilung erfolgte sehr bald und im Juni 1885 trat erneute Schwangerschaft ein. Sowohl diese, als das Wochenbett sind nach erhaltenem Berichte glücklich verlaufen.

An diese Fälle schliefsen sich unmittelbar diejenigen von Zellgewebsentzündungen im Beckenbindegewebe und die abgekapselten Beckenbauchfellentzündungen an, von welchen eine kleine Reihe typischer Fälle aus verschiedenen Jahren hier kurze Erwähnung finden möge.

11. Frau R., 27 Jahre, Sängerin, Hamburg. Gebar vor 2 Jahren leicht einen lebenden Knaben; hielt sich nicht nach dem Wochenbett; seitdem immer etwas Leibschmerz, starke Menses, viel Flufs. Seit 10 Tagen fieberhaft, mit starken linksseitigen Leibschmerzen erkrankt. Aufnahme 30. 9. 1881. Pelvicellulitis sinistra acuta, Oophoritis dextra, Metritis chronica, hypertrophia colli uteri. Nach üblicher Behandlung und Abheilung der frischen, fieberhaften Erscheinungen des mannsfaustgrofsen Ergusses werden im Oktober (2. Hälfte) und November mit Bädern, Tampons, Jodpinselungen, Jodkali vergebliche Heilversuche gemacht. 4. 12. Aufnahme in die Klinik. Sicherstellung der Diagnose durch Narkosenuntersuchung und Probepunktion. (Kein Eiter.) Vom 10. Dezember täglich beginnend mit 6, steigend zu 10 Minuten Knetungsmassage bis zum 23. In diesen 13 Tagen soweit gebessert, dafs Rückführung in die Wohnung ermöglicht war; dort noch 14 Tage zweitägig massiert; dann kombiniert mit Jodoformglycerintampons 3 tägige Massage in der Sprechstunde. Nebenbehandlung nur Eis in der ersten Zeit nach den ziemlich schmerzhaften Sitzungen; im Hause später 35° R. Scheidenspülungen. Völlige Herstellung bis auf hochgradige Anteflexion durch Schrumpfung. Nachbeobachtet 1½ Jahre. Nachher noch einmal wegen Fehlgeburt behandelt, verheiratete sich die Kranke nach Sachsen. Sie hat dort normal geboren, ist gesund.

12. Frau V., Malerfrau, Hamburg, 28 Jahre. Schmale, schlanke, kräftige Frau. Zuerst behandelt 1880, 4. 9. Schwere Placenta praevia lateralis sin. Wendung auf die Füfse. Später Extraktion. Kind lebend. Wochenbett normal. Hochsommer 1881: Frische Tripperansteckung mit doppelseitiger Eileiter- und Eierstocksreizung. Trotz Verbotes Coitus; gleich darnach schwere doppelseitige Parametritis im August 1881; rechte Seite vercitert, incidiert, drainiert durch die Scheide. Linke Seite verhärtet, Soolbäder, Jod etc. nutzlos. Im September Aufnahme in die Privatklinik. Vom 3. 9.—23. 9. verschiedene Versuche die Abheilung der Exsudate zu beschleunigen. Vom 24. 9. an Massage. Mufs dreimal wegen Temperatursteigerungen ausgesetzt

werden. Erst bei Beschränkung derselben auf die linke, nicht vereitert gewesene Seite sichtlicher Erfolg bei täglicher Massage, vorwiegend Knetung, zeitweise Zugdruck. Kann am 16. Tage nach der regelmäfsig vertragenen Massage aufstehen, am 30. 10. entlassen werden. Von da an noch zweimal wöchentlich massiert mit Anschlufs von vaginalen Jodpinselungen. Geheilt geblieben bis Sommer 1885. August 1885 wegen stärkeren eitrigen Fluors und wieder auftretender Reizerscheinungen Excision der Cervixschleimhaut und (Emmetsche) Operation eines doppelseitigen alten Einrisses des Scheidenteiles. Adnexa dabei frei befunden, bis auf leichte Verlötung der rechten Tube und des rechten Ovarium. Seitdem gesund; steril geblieben.

13. Frau P., 32 Jahre, Küpersfrau, Hamburg. Aufnahme 2. Januar 1882. Parametritis dextra kleinfaustgrofs nach vernachlässigter Fehlgeburt. Vorher 3 Kinder normal geboren. Nach vergeblichen Heilversuchen im Hause Klinikaufnahme am 1. April 1882. Zunächst wird die schlaffe, blutende, schlecht zurückgebildete Gebärmutter ausgeschabt, und die Cervix, die in chronisch entzündlichem Zustande sich befindet, mit Pacquelin abgeglüht. 12 Tage später Beginn mit Knetung der Ausschwitzung; ziemlich heftige Schmerzen (sehr erregbare, melancholische Kranke) und am 6. und 7. Tage der Massage 2 kleine Temperatursteigerungen (38.3 Rectum). Ausgezeichneter Erfolg; die Kranke steht am 24. April auf und wird am 30. entlassen. Massage poliklinisch zweimal die Woche fortgesetzt 2 Monate lang. 1883 Frühjahr Empfängnis. Fehlgeburt im 3. Monate. Darnach Rückwärtsknickung der Gebärmutter. Lange behandelt. Ursache: die Narbenstränge der früheren Parametritis. 1884 Januar-März abermals poliklinisch zweimal die Woche mit Zugdruck massiert, zugleich passive Massage. Von März 1884 an wird ein Pessar gut vertragen, was vorher nicht möglich war. Ende 84 Conception; normale Geburt. Nach selbiger habe ich selbst die Frau nicht wiedergesehen; sie ist nach eingeholtem Bericht gesund.

14. Frau M., Krämersfrau, Steinwärder, 31 Jahre. Starke, grofse, aber sehr fette, hydrämische Frau. Aufnahme 1. 6. 1881 wegen Senkung der vorderen Scheidenwand und chronischer Metritis mit Unfruchtbarkeit, nachdem 4 Jahr zuvor normale Geburt statthatte. Nach längerer Behandlung Besserung. Empfängnis April 1882. Abortus (Ursache?) unter Hebammenleitung im August. Anschliefsend daran Parametritis sinistra durch Infektion. Klinikaufnahme 5. 9. Abgefiebert ohne Eiterbildung bis 30. 9. Oktober bis Dezember vielerlei Versuche das Exsudat zu verkleinern und die starken Beschwerden desselben zu heben. Letztere steigern sich noch durch mehr und mehr eintretende Rückwärtsknickung. 5. Januar 1883 erneute Klinikaufnahme. Massagekur (Knetung) 4 Wochen, die Regelzeit ausgenommen, täglich. Nebenher 1 Spritze Ergotin subkutan dreitägig, 1 Seesalzvollbad fünftägig. Die Ausschwitzung ist bis Ende Januar gänzlich beseitigt; Hebung der Gebärmutter gelingt. Entlassung. Weitere 3 Monate zweimal die Woche Zugdruckbehandlung der Narbenstränge, bis ein Pessarium den Uterus in regelmäfsiger Stellung hält; nach

weiteren 6 Monaten vordere und hintere Scheidennaht mit Dammbildung. Völlig gesund mit anteflektiertem Uterus bis jetzt.

15. Frau K., 31 Jahre, Kaufmannsfrau, Hamburg. Aufnahme 29. 3. 1884. Hat vor 6 Monaten zum ersten Male geboren und zwar ein totfaules Kind im 7. Monate. Fieberhaftes Wochenbett. Seitdem noch immer krank, ständig abends Fieber mit rechtsseitigen Leibschmerzen; Hautauschläge. Befund: Kleine, zarte, elende Dame. Geringes Fieber. Roseola syphilitica. Kindskopfgrofses Exsudat der rechten Beckenseite mit kleiner Fistelöffnung hoch oben im Mastdarm; jauchiger Abflufs aus derselben. Der Versuch, den grofsen Abscefs nach der Scheide zu drainieren, scheitert an sehr heftiger Blutung eines beim Einschnitt getroffenen Venenplexus. Umstechung. Scheidentamponade. Sofort im Anschlusse Einschnitt und Drainage durch den Mastdarm mit Spaltung des Schliefsmuskels nach hinten. Die sehr grofse Höhle heilt in 6 Wochen aus; Drain bereits nach 4 Wochen ab. Nebenher Jodkalium. Dann Pyrmont. Im Februar 1885 wieder heftige Schmerzen rechts. Es besteht noch immer eine kleinapfelsinengrofse, feste und harte, sehr empfindliche Geschwulst im rechten Parametrium. Von Anfang März bis Mitte Mai erst 2-, dann 3tägig Knetmassage mit Nachruhe, nachdem sich Jodkalium als nutzlos erwiesen hatte; vollständige Rückbildung bis auf einige unempfindliche Narbenstränge, welche nach einer anschliefsenden Kur in Kreuznach ebenfalls verschwinden. Seitdem gesund bis jetzt. Becken frei.

16. Frau F., 34 Jahre, Kaufmannsfrau, Lüneburg. Aufnahme 3. 3. 85. Verheiratet 11 Jahre, 7 gute Wochenbetten. 6 Wochen nach dem letzten Tripperansteckung vom Ehemanne. Schwere Entzündung der Gebärmutter und Anhänge. Kam ½ Jahr nach der Entbindung (20 Wochen nach der Infektion) zur Untersuchung. Starke Schmerzen in beiden Seiten, dünneitriger, fressender Scheidenflufs, starke langdauernde Regeln, Verfall der Kräfte. Beiderseitige, kleinfaustgrofse Parametritis, ebenso doppelseitige Eileitereierstocksentzündung, blennorrhoischer Gebärmutterkatarrh. Nach vierwöchentlicher Ruhelage mit lauwarmen Soolbädern und Sublimatscheidenausspülungen Versuch mit Massage, vorwiegend Knetung, zeitweise Zugdruck, Anfang April. Vorher wurde noch in Narkose festgestellt, dafs rechts eine kleine Tuboovarialgeschwulst (Pyosalpinx) bestehen mufste. Es lag in unserer Absicht, die Kur vorwiegend gegen die Entzündungen im Beckenbindegewebe zu richten, Eileiter und Eierstöcke möglichst nicht in deren Bereich zu ziehen. Die Massage wurde deshalb unter gröfster Vorsicht von der Beckenwand nach der zwischen die Exsudate eingekeilten Gebärmutter hin gerichtet. Nach jeder Sitzung wird unter mäfsigen wehenartigen Schmerzen eine kleine Menge zähen, grüngelblichen Eiters ausgeleert, welcher sich deutlich von dem dünnen weifsgelblichen sonstigen Ausflusse unterscheidet. Nebenbei 1 Sitzbad mit folgendem Glycerinjodoformgazetampon abends.* Ohne eine einzige Fiebersteigerung wird die Kranke so schnell in 18 Sitzungen hergestellt, dafs ihrem Wunsche auf Entlassung nachgegeben werden kann. Bäder und Tampons zu Hause fortgesetzt führen in 2 Monaten zu gänzlicher Beseitigung der subjektiven Beschwerden. Tubenschwellung in

wurstförmiger Gestalt und perimetritische Reste links mit Verlötung des linken Eierstockes verbleiben. Die Kranke stellt sich 2—3 mal im Jahre vor, erholt sich mehr und mehr bis gegen Ende 1887. Nur die nach Abheilung der Entzündungen eingetretene fixierte Rückwärtsneigung macht ihr zeitweise Beschwerden.

17. Frau R., Kaufmannsfrau, Hamburg. 30 Jahr, Aufnahme 26. 8. 84. verheiratet 5 Jahre. Geb. vor 4½ Jahr leicht einen Knaben. Ein halbes Jahr darnach allmählich zunehmend Leibschmerzen, Senkung, Fluor, profuse Menses. Verschiedentlich behandelt. Befund: Chronische Metritis und Endometritis. Retroflexio uteri durch abgelaufene Parametritis posterior mit Douglasverlötung. Senkung der vorderen Scheidenwand. Kombinierte Behandlung (Haus und Sprechstunde) mit Jod, heifsen Douchen, aktiver (Zugdruck) und passiver Massage bis es gelingt, erst mit Schalen, dann mit Thomaspessarium den Uterus zu heben und allmählich denselben in die Normalstellung überzuführen (November 1884). Im April 1885 im Anschlufs an einen schmerzhaften Coitus bei liegendem Thomaspessarium akute, fieberhafte Parametritis purulenta dextra. Anfang Mai nach Einschnitt durch den Mastdarm drainiert. Drain liegt 14 Tage. Heilung. Vom 10. Juni an die harte, reichlich apfelgrofse, sehr empfindliche Geschwulst täglich geknetet. Fieber ohne erneute Eiterbildung zwingt zum sofortigen Aufhören. Sool- und Moorbadkur in Oldesloe. Auch nach dieser besteht die Geschwulst im rechten Beckenbindegewebe noch. Jetzt aber wird die Massage gut vertragen und mit Knetung in knapp 2 Monaten bei 3tägigen Sitzungen völlige Rückbildung erreicht. Uterus bleibt nach der Heilung durch die Narbenreste so lange in fast völliger Normallage bis Schwangerschaft eintritt (März 1886). In der 6. Woche tritt Rückwärtsbeugung ein. Schalenpessar. Entfernt in der 18. Woche. In der 24. Woche Frühgeburt nach Fall von einer Treppe. Glatter Verlauf. Gebärmutter seitdem in richtiger Lage; die Frau ist gesund geblieben; das Becken frei; seit Februar 1889 Schwangerschaft ohne Wiederkehr von Retroflexio uteri.

18. Frau K., Kaufmannsfrau, 30 Jahre, Hamburg. Aufnahme 21. 1. 1886. Verheiratet seit 4 Jahren. Vor 3¼ Jahren Frühgeburt (Knabe) am Ende des 7. Monats; dann im Februar 1884 zweifelhafter Abort in der 10. Woche mit nachfolgender, schwerer Entzündung in der rechten Seite des Leibes. Lag 42 Wochen. Seitdem ständig rechtsseitige Schmerzen, langdauernde, schmerzhafte Regeln; vielfach vergeblich behandelt. Befund: grofse, kräftige, etwas fette Dame. Gutkindskopfgrofses, hartes, nicht sehr empfindliches, hochstehendes, wahrscheinlich interligamentäres, Gebärmutter und Eierstöcke emporhebendes und nach links verdrängendes Exsudat. Rechte Tube und Ovarium in Narkose deutlich über demselben abzutasten. Metritis chronica. Patientin wird erst täglich, nach drei Wochen 2tägig, später 3- und 4tägig mit Massage (Knetung) behandelt: erst im Hause, nachher, als die Behandlung gut vertragen wurde, mit Nachruhe in der Sprechstunde. Nebenbehandlung innerlich kurze Zeit Jodkalium[1] und 35° R. Scheidendouchen. Bis Ende Mai

[1] Wurde nicht vertragen.

ist die Geschwulst bis zur Gröfse eines kleinen Apfels zurückgebildet. 6 Wochen Franzensbad. Nach der Rückkehr bestehen nur noch einige beschwerdelose dicke Narbenstränge. Uterus und Anhänge normal gelagert. Wohlbefinden bis April 1887. Dann Empfängnis. Normale Entbindung (reifer Knabe) im Januar 1888. Glattes Wochenbett, Beckenorgane frei. Bisher gesund.

19. Frau H., Schlachtersfrau, Hamburg. Aufnahme 10. 7. 1886. 32jährige Frau. 5 Entbindungen. Einmal schwere Zange. Sonst gut. Nach der letzten schwere fieberhafte Erkrankung, an welcher die Kranke bei der ersten Besichtigung seit 23 Wochen unter verschiedenen Heilversuchen lag. Befund: Abgemagerte, elende Frau. Kein Fieber. (Seit Wochen fieberfrei). Bretthartes, das ganze rechtsseitige Becken, die Bauchmuskeln bis zur Haut durchsetzendes Exsudat, vorn gut handbreit über der Schamfuge, seitlich bis nahe zur Crista ilei reichend. Atrophie der ganzen rechten unteren Extremität und schwere Kontraktur des rechten Kniegelenkes. Aufserdem alte verwachsene Retroflexio uteri, die Gebärmutter dabei stark nach links hinten verdrängt, und alter vollständiger Dammrifs bis in den Mastdarm. Klinikaufnahme 13. 7. 1886. Wegen der besonderen Schwere des Falles und weil die häuslichen Verhältnisse dringend recht schnelle Heilung erheischen, wird in diesem Falle die sofort eingeleitete aktive und passive Massage mit einer Schmierkur vereinigt.[1] Täglich vormittags aktive Knetmassage, allmählich bis zu 18 Minuten ausgedehnt; dann (jeden 5. Tag frei) 3,0 Ung. cin. eingerieben mit 3stündigem Schwitzen in wollenen Decken. Abends Dehncylinder, von Nr. 5—8 ansteigend, eingelegt. Kontraktur des Knies in Narkose gestreckt, eingeschient, vom 10. Tage an passive Bewegungen. Vollständige Herstellung der Patientin bis zum 17. August. (Hg 15mal eingerieben. Massagesitzungen, diesmal auch während der Menses eingehalten, 25). Die Kranke gebraucht beim Aufstehen die bestellte Krücke nicht, sondern geht mit einem gewöhnlichen Stocke; nach 8 Tagen ohne denselben. Uterus rückwärts geknickt, mitten im Becken tiefstehend. Wegen der Familienverhältnisse mufs die Dammbildung noch unterbleiben. Im März 1887 hat die Frau noch eine Fehlgeburt in der 7. Woche ohne üble Folgen durchgemacht. Wegen des Ablebens des Ehemannes Damm noch nicht operiert; befindet sich mit Thomaspessarium, welches nach Lösung der Douglasverlötungen der Gebärmutter seit Mai 1887 liegt, völlig wohl und hat die Leitung des schweren Geschäftes in Händen.

20. Frau S., Landmannsfrau, Bargteheide in Holstein, 36 Jahre. Erste Aufnahme 30. 6. 1886. Hat 4 mal leicht, das 5. Mal sehr schwer geboren. (Wendung und Extraktion). Hat zur Zeit Retrofl. ut. gravidi im 3. Monate der Schwangerschaft. Reposition. Hodge, Hartgummi Nr. 8.

Kam am 27. März 1887 wieder. Am 4. 2. 1887 war sie abermals schwer durch Wendung entbunden worden, und hat eine starkfieberhafte 7wöchentliche Parametritis dextra und posterior durchgemacht. Klagt noch über viele

---

[1] vgl. meine frühere Veröffentlichung: *Zur Behandlung alter Beckenexsudate. Deutsche med. Wochenschrift* 1882 No. 32.

Schmerzen, besonders Druck auf Blase und Darm, heftigen Fluor, unregelmäfsige Blutungen. Starke psychische Erregung. (Melancholie bis zu Selbstmordgedanken.) Klinikaufnahme: 29. 3. 1887.

Befund (Narkose): Mannsfaustgrofses, hartes, rechtsseitiges Exsudat. Ausgebreitete, flächenhafte Parametritis posterior mit so starker narbiger Einziehung, dafs es den Anschein hat, als ob das starre linke Scheidengewölbe mit dem Kreuzbein und der Pfannenfläche des Darmbeins verwachsen wäre. Der hochgeschobene, steilstehende, harte Uterus ist nur mit Mühe zu erreichen. Perimetrium und Bauchfell anscheinend frei. Starke, dünnschleimig-eitrige Absonderung.

Sofortiger Beginn mit Massage. Knetung vorwiegend, später Zugdruck; gleichzeitige Seesalzbäder und nächtlich Dehncylinder (5—9). Völlige Herstellung bis zum 10. Mai; Hand in Hand mit der Besserung der entzündlichen Erscheinungen verschwindet die seelische Verstimmung von Tag zu Tage. Ist ohne weitere Behandlung gesund geblieben. Bei der Entlassung Scheide wieder gegen ihre Unterlage frei beweglich, Gebärmutter steht mitten im Becken. Ausschwitzung gänzlich aufgesaugt bis auf einige flache Stränge zwischen der trotzdem gut beweglichen Gebärmutter und dem Kreuzbein. Absonderung gering. Tuben und Eierstöcke frei; hat Oktober 1888 leicht geboren; glattes Wochenbett. Becken frei von Entzündungsresten. Lage der Organe normal.

Absichtlich enthalten die vorstehenden Krankengeschichten eine Reihe ausgesuchter Beispiele der verschiedenen vorkommenden Beckenorganentzündungen, gesondert durch die anatomische Örtlichkeit, die Art ihrer Anbildung, die Ursache ihrer Entstehung. Absichtlich ferner auch sind nicht einfache leichte Fälle, sondern ernstere und solche gewählt worden, bei denen dem Erfolge sich mancherlei Schwierigkeiten entgegenstellten.

Unser Heilschatz gegen die Gesamtheit dieser fast ausnahmslos schweren und langes Siechtum bedingenden Erkrankungen ist sehr mannichfaltig, aber in Betreff wirklicher Erfolge und besonders was die Zeitdauer, bis wir sie erreichen, anlangt, dürftig. Ganz vorzüglich gilt das für die wenig begüterten Frauen, die weder Ruhe zu halten, noch Bäder zu besuchen, noch auch häusliche Badevorschriften genau zu befolgen imstande sind. Aber auch bei besser Gestellten sind die meisten unserer Erfolge subjektiv; wir beseitigen die Beschwerden, aber nicht, oder wenigstens sehr viel langsamer

und später den Erkrankungsherd. Die Massage gibt uns die Waffe in die Hand, auch objektive Heilergebnisse schneller und häufiger als bisher zu erringen. Sie wirkt und zwar rascher und im Erfolge dauernder auf die Entzündungsprodukte durch die Beförderung der Aufsaugung und durch ausgiebige Anregung des Säftekreislaufes.

In den Begriffen Resorption und Cirkulation liegt aber auch zugleich die Klippe des Verfahrens, an welcher das selbe leicht scheitert. Für die Mehrzahl dieser Erkrankungen — die rein traumatischen ausgenommen — müssen wir heutzutage das Eindringen bestimmter Entzündungserreger in die betreffenden Gewebe als bedingende Ursache annehmen, meistens handelt es sich direkt um bestimmte Spaltpilze. Die bisherige Gesamtheit unserer Erfahrungen über die Abheilung auf diese Weise entstandener Entzündungen drängt uns nun zu der Annahme, dafs mit dem Schwund der frischen entzündlichen Erscheinungen nicht immer diese Erreger vernichtet sein müssen, sondern dafs wenigstens einige derselben unter den ihnen gegebenen günstigen Bedingungen, entweder bei geringem Anlafs örtlich, oder wenn auch örtlich unschädlich, doch später noch in den Lymphstrom gelangend, anderswo krankmachend wirken können. Es ist voraussichtlich noch für längere Zeit Sache der klinischen Beobachtung und Erfahrung, diese »latente Infektionsfähigkeit« in ihrer Zeitdauer festzustellen[1], bis wir aus den bakteriologischen Forschungen uns entsprechende Schlüsse erlauben dürfen, aber um so mehr mufs die Anwendung mechanischer Heilmittel sorgsam auf diesen Umstand bedacht sein und Resorption von Entzündungen nicht eher künstlich zu fördern suchen, als einige Gewähr vorhanden ist, nicht etwa zu schaden, anstatt zu nützen.

Ähnliches gilt von der Anregung der Cirkulation. Die

---

[1] Lehrreich ist in diesem Punkte besonders die sub 12 aufgeführte Krankengeschichte.

Arbeiten vieler, insbesondere Virchows und Schröders über die Haematokelen haben uns schon früher mit den entzündlichen Vorgängen gerade in den gefäfsreichen Nachbargebieten solcher Ergüsse bekannt gemacht, und die Erfahrung bei Bauchschnitten lehrt jeden noch deutlicher, wie aufserordentlich gefäfsreich, wie brüchig in der Wandung, wie leicht blutend in den vielen losen Verklebungen frische seröse und noch mehr blutige Ergüsse[1] in der ersten Zeit nach ihrer Entstehung sind[2], und wie sich nach und nach mit der längeren Dauer des krankhaften Zustandes der Gewebe diese Eigenschaften in das gerade Gegenteil umwandeln. Auch hieraus ist zu schliefsen, dafs jede geplante Unterstützung des sehr langsamen natürlichen Heilprozesses durch mechanische Mittel — Massage — an den richtigen Zeitpunkt des Beginnes gebunden ist.

Hierauf fufsend habe ich bereits in Magdeburg und wiederum oben (S. 31) für alle entzündlichen Ergüsse geraten, eine Massage erst nach 1½-, 2-, selbst 3 monatlicher fieberfreier Zeit eintreten zu lassen; bei sicheren Haematokelen warte man auch nicht unter 5, möglichst 6 Wochen. Die obigen Krankengeschichten nun zeigen immer wiederholt, dafs diese Forderung nicht nur eine theoretisch begründete, sondern aus eigenen Erfahrungen geschöpfte gewesen ist.

Die schnellsten Erfolge dürfen wir, wie auch unsere Berichte aufweisen (vergl. Fall 9, 10, 19, 20), bei denjenigen Kranken erwarten, deren Beckenorgane sich noch in der Zeit der »puerperalen Involution« befinden, wie überhaupt bei den-

---

[1] Es gilt dies in gleichem Mafse für extraperitoneale, als intraperitoneale (abgesackte) Ergüsse, denn bei den Operationen an ersteren von der Scheide oder von aufsen her ohne Bauchfelleröffnung macht man ganz die gleiche Erfahrung über die Beschaffenheit der Sackwandung und deren Umgebung als bei der Laparotomie.

[2] Ich erinnere nur an die höchst verschiedene Beschaffenheit der Tubensäcke bei Extrauterinschwangerschaft je nach der Dauer des Zustandes und dem Zeitpunkte etwaiger Ruptur.

jenigen Erkrankungen, die sich auf eine nicht weit zurückliegende Geburt in ihren Ursachen zurückführen lassen. Wesentlich längere Zeit nehmen die Ausschwitzungen in das Beckenbindegewebe in Anspruch, am langsamsten kommt man mit den Blutergüssen vorwärts. Es liegt dies ohne weitere Erläuterung in dem anatomischem Verhalten dieser Ergüsse begründet und geht gleichen Schritt mit der Beobachtung, die wir an denselben auch ohne Anwendung von Massage machen. Allein ziehen wir die Summe aus unseren Beobachtungen in Betreff der Zeitdauer der Massage, so erreichten wir mit derselben Heilungen, und zwar recht vollkommene mit wirklichem Schwunde der Exsudate, ohne Rückfälle und mit voller Arbeitsfähigkeit der Erkrankten in Zeiträumen, welche auch unsere bewährten früheren Methoden weit hinter sich lassen. Gerade darin und in der wirklichen Entfernung des Krankhaften liegt der Wert des Verfahrens. Es wäre aber völlig einseitig, wenn man sich namentlich bei allen denjenigen Fällen, die von vornherein wahrscheinlich längere Zeit in Anspruch nehmen, nicht nebenher derjenigen Mittel bedienen wollte, welche die Wirkung der Massage unterstützen und beschleunigen können, soweit es nach den gegebenen Verhältnissen eben möglich ist. So sind von unseren Kranken nur die Fälle 3, 4, 6 gänzlich ohne andere Hilfsmittel hergestellt worden, bei den übrigen kamen dieselben in verschiedenster Weise und mit günstigem Einflusse auf die Massagewirkung in Gebrauch. Bei den Kranken, welche klinisch behandelt wurden, zeigten sich Sitz- und Vollbäder, bei den Ambulanten die passive Massage als bestes Unterstützungsmittel. Dafs dabei diese Nebenmittel nur eine unterstützende Wirkung haben, geht daraus hervor, dafs man bei Verwendung derselben ohne Massage zwar die Symptome bessert, aber mit der Rückbildung äufserst langsam vorwärts kommt.

Der schwerste Fall, welcher je zur Behandlung gelangte, war der Fall No. 19. Da es für diese Frau in erster Linie

wegen Schwindsucht des Mannes und Darniederliegen eines gröfseren Geschäftes auf schnelle Herstellung ankam, benutzte ich eine Verbindung von Massage mit einer Schmierkur, wie ich sie früher in solchen Fällen verzweifelter Art mit Erfolg geübt hatte. Die Schnelligkeit und Vollständigkeit der Heilung übertraf selbst meine Erwartungen.

Von besonderem klinischen Interesse sind die Fälle 9 und 10. Es war kein leichter Entschlufs, bei noch bestehender Schenkelvenenverstopfung mit Massage vorzugehen. Es hat sich aber bei langsamem Vorgehen nicht nur kein Schaden gezeigt, sondern ist in einem Zeitraume Gutes geleistet worden, welcher das gewöhnliche lange Siechtum solcher Frauen sehr bedeutend gekürzt hat.

In den Fällen 12 und 16 trat als erschwerendes Moment Tripperansteckung hinzu. Ich riet s. Z. in Magdeburg von Massage bei Tripper, auch bei latentem, ab. Die Erkennung des letzteren ist freilich trotz fortgeschrittener Diagnostik schwer durchführbar; aber für den Fall, dafs die Ansteckung sicher bekannt oder bakteriologisch nachweisbar ist, oder gar noch objektive Reste bestehen, ist dringende Vorsicht nötig und Massage abzuraten. In Fall 12 war der Erfolg günstig, weil die Entzündung lediglich im Parametrium verlaufen war, im Falle 16 war sie ein Notbehelf, weil operatives Eingreifen verweigert wurde.

Spätere Folgeerscheinungen der akuten Entzündungen im Becken lassen sich natürlich auch bei Anwendung der Massage nicht umgehen. Wir finden daher ebenso, wie nach anderen Behandlungsformen, Narbenschrumpfungen, atrophische Verkürzungen in den Geweben und Lageveränderungen der Organe. In einzelnen Fällen kann man aber schon bei der Massagebehandlung sehr gut Fürsorge zur Vermeidung derselben tragen, durch rechtzeitige Einschaltung von Zugdruck oder passiver Massage (vergl. den nächsten Abschnitt).

Die Anzahl der Massagesitzungen, die Dauer der Be-

handlung, die Art und vor allem die Andauer des Erfolges erhellt aus den aufgeführten Krankengeschichten zur Genüge.

Soll ich für jetzt meine gesamten Erfahrungen für die Exsudatmassage zusammenfafsen[1], *so erscheint sie mir diejenige, welche noch am meisten der sorgsamen klinischen Prüfung bedarf und sich deshalb noch wenig zur Einführung in die allgemeine Praxis eignet.*

Sicher ist ihr Nutzen bei Parametritis und Blutergüssen in Betreff der weitaus schnelleren und vollständigen Beseitigung der Exsudate unter Einhaltung eines sorgsam gewählten Zeitpunktes ihres Beginnes; zweifellos ist, dafs die Heilung nach Massage eine dauerhaftere, weniger zu Rückfällen geneigte bleibt.

Abzuraten, oder mindestens höchst sorgsam in rein klinischer Beobachtung anfassbar ist die Massage bei allen Beckenbauchfellentzündungen, sowie auch bei abgekapselten deutlichen Tubengeschwülsten.

II. Die Parametritis und Perimetritis chronica.

Nähern wir uns nun nach diesen in Behandlung und Erkenntnis einfacheren Erkrankungen den eigentlichen chronischen Entzündungsformen und Entzündungsfolgen im Beckenbindegewebe und Beckenbauchfell, die wir unter dem gemeinsamen Namen der chronischen Parametritis und Perimetritis zusammenfassen, so erschweren sich bei der Mehrzahl der Kranken zunächst die diagnostischen Verhältnisse, da nur die wenigsten seit Beginn der Erkrankung von uns behandelt worden zu sein pflegen. Und von der Erkenntnis hängt die Behandlung allein ab.

---

[1] Dieselben beruhen auf mehr als 100 Beobachtungen in den Jahren 1882 bis 1888, von denen bei drei Fünfteln Massageversuche gemacht wurden.

Gelingt es nun auch mit genauer Berücksichtigung der einzelnen Momente der Vorgeschichte und mit bimanueller Abtastung des Beckens in der Mehrzahl der Fälle von Parametritis chronica, dieselben genau zu erkennen, so bleibt doch bei vielen eine sichere Ausschliefsung zugleich vorhanden gewesener oder noch bestehender Erkrankung des Beckenbauchfells, insonderheit der Eileiter und Eierstöcke hinter unsern Wünschen zurück. Hier tritt die Notwendigkeit der Chloroformuntersuchung gebieterisch heran. Völlige Klarheit schafft selbst diese nicht bei allen Kranken, und letztere sind dann bei mechanischen Heilbestrebungen besonders sorgsam anzufassen.

Nahezu jede akute Entzündung des Beckenzellgewebes[1], auch wenn sie nicht mit stürmischen Erscheinungen und Exsudatbildung, sondern als Lymphangitis, Phlebitis oder in einer je nach der Ursache verschiedenartigen Form verläuft, heilt zunächst unter Zurücklassung einer anatomischen Veränderung im Gewebe. Bei geeigneter Behandlung oder Ausbleiben fernerer Schädlichkeiten tritt nach und nach bei einer Anzahl von Kranken völlige Herstellung von selbst ein, die anatomische Veränderung im Gewebe, ganz gleich ob Exsudatleiste, Narbenstrang oder Schrumpfnarbe, wird resorbiert und verschwindet völlig für das Gefühl der Kranken, wie für die ärztliche Prüfung. Bei der gröfseren Mehrzahl der Leidenden tritt aber dieser günstige Umstand nicht ein, durch eine grofse Reihe von Ursachen, welche nicht Gegenstand dieser, einer Heilbestrebung gewidmeten Arbeit sein können. Das sehr häufige Bestehenbleiben dieser Entzündungsreste ist Thatsache und führt nun — gewöhnlich allmählich — zu Verschiebungen in der Lage der Beckenorgane zu einander und zieht dadurch wieder eine Änderung des Blutkreislaufes herbei. Die meisten Kranken kommen zum Arzte, wenn bereits ein vollendetes Krankheitsbild vorliegt, nur selten kann man dessen

[1] Über die von vornherein chronischen Formen s. u. S. 74.

Entstehung von Anfang an verfolgen.[1] Wir sind gewöhnt, die Mehrzahl dieser Krankheitsbilder nach demjenigen Zustande zu bezeichnen, in welchem wir das unserer Betastung zugängigste Beckenorgan, die Gebärmutter, dabei befinden, und gehen diese Krankheitsfälle recht gewöhnlich als Retroflexio oder Anteflexio uteri an uns vorüber. Dazu sind wir, abgesehen vom althergebrachten Brauche, auch dadurch berechtigt, weil wir empirisch fanden, dafs eine Wiederherstellung der normalen Lagerung oder Gröfse und Dicke dieses Organs bei der Mehrzahl der Leidenden mindestens für den Augenblick Heilerfolg aufwies. Hierzu kommt noch, dafs ja oft genug von vornherein aufser dem Beckenzellgewebe der Uterus selbst miterkrankt ist oder schnell sekundär beteiligt wird, so dafs nachher nicht klar ist, wo die erste Ansiedlung der krankmachenden Ursachen stattgehabt hat.

Wir werden aber versuchen, Ursache und Wirkung in den Befunden der Krankengeschichten thunlichst zu trennen und dabei zugleich erkennen, inwieweit es therapeutisch möglich ist, letztere durch Beseitigung der ersteren zu beeinflussen.

Die ausgiebigste Neigung zur Heilung zeigt das Beckenbindegewebe bekanntlich zur Zeit der Wochenbettsrückbildung; jedem Praktiker ist geläufig, wie bei sonst gesundem Organismus selbst schwere Exsudate in kurzer Zeit zur Aufsaugung gelangen. In Anlehnung daran bestehen unsere bisherigen Heilbestrebungen in erster Linie bei chronischen Entzündungsresten und Narbenschrumpfungen im Becken in der Erzeugung einer, der puerperalen ähnlichen, Durchfeuchtung und Lockerung der Gewebe. Wir verordnen Sitz- und Vollbäder in verschiedenster Form, besonders mit Moorzusätzen

---

[1] Diese letztere Art Krankengeschichten sind die lehrreichsten. Ich bin mehrfach in der Lage gewesen, die Entstehung schwerer Rückwärtsknickungen nach Beckenexsudaten ganz schrittweise mit deren Resorption sich bildend zu verfolgen, Ärzten zu demonstrieren und mit denselben gemeinsam dann durch Massage Heilung herbeizuführen.

bezw. erweichenden Umschlägen. Daran schliefst sich die Gruppe von Mitteln, welche die Aufsaugung befördern sollen, in örtlicher Anwendung Salzbäder oder Glycerin, beide kräftig wasserentziehend wirkend, in innerlicher die Jodpräparate. Auf diese folgen die mechanischen Heilbestrebungen. Bisher waren heifse Douchen das am meisten gebräuchliche, aber doch auch mehr allgemein wirkende mechanische Mittel. Denselben reiht sich nun als zielbewufst auf die erkrankte Stelle direkt gerichteter Faktor die vom Arzte selbst ausgeübte Massage an. Gerade in diesem Umstande liegt von vornherein ihr Wert begründet, dafs nach einer genügenden Vorbereitung durch ebenerwähnte Mittel, welche in vollem Umfange — aufser dem meines Erachtens sehr geringwertigen inneren Jodgebrauche — aufrecht zu erhalten ist, wir es wagen, auf die erkrankte Stelle selbst einzuwirken. Damit vermeiden wir dasjenige, was bisher die Behandlung der chronischen Parametritis so lästig machte, die stetige Neigung zu Rückfällen. In der Nichtentfernung der Narbenstränge und kleinen Exsudatreste lag es begründet, dafs in so vielen Fällen bei der bisherigen Therapie bald nach deren Aufhören die alten Erscheinungen sich wieder zeigten.

Für die weiteren Einzelheiten mögen nun zunächst die Fälle selbst sprechen; natürlich mufste auch in diesem Abschnitte wieder eine Beschränkung auf eine Reihe typischer Beispiele eintreten.

Die folgenden Krankengeschichten sind so geordnet, dafs mit den leichtesten Erkrankungen des Beckenbindegewebes, um Scheide, Harnröhre und Scheidenteil herum beginnend, nach und nach zu den schwereren Formen übergegangen wird.

a. Erkrankungen im Beckenbindegewebe um die Scheide herum.

An der Vulva kommen zunächst Fälle von schwerem Vaginismus zur Beobachtung, in denen mit Massage völlige Hei-

lung zu erzielen ist. Nur bei einer Anzahl dieser Kranken kommt man mit operativem Verfahren allein zum Ziel. Fast immer mufs man eine langsame Dehnung der unteren Teile der Scheide mitsamt der Vulva folgen lassen. Auch das Vertrauen der Kranken in den Erfolg erhöht sich, wenn man ihnen vor Kohabitationsversuchen beweist, dafs die Gewebe nunmehr dehnfähiger und gegen Ausweitung unempfindlich geworden sind. Beruht ein Vaginismus nicht auf chronischer Schleimhautentzündung an den und hinter den Hymenresten, sondern nur auf einer oder zwei Fissuren, so bedarf man gar keiner Operation oder wenigstens nur einer energischen Ausdehnung der Fissur unter Chloroform mit folgender passiver Massage.

21. Frau M., 30 Jahre, Ehefrau eines Polizeibeamten, Altona. Verheiratet seit 6 Jahren, bisher trotz aller Bemühungen und vielfacher, auch einmal operativer Behandlung kein Beischlaf möglich. Aufnahme 23. 4. 1888. Kleine, kräftige Frau, alle Organe gesund. Becken stark geneigt (60°), Vulva weit hinten liegend. Chronische Entzündung der Hymenreste und des Scheideneinganges. Ganz aufserordentliche Empfindlichkeit gegen jede Berührung. Ausschneidung der Carunculae mit Umsäumung der Scheidenschleimhaut gegen diejenige des Vorhofes (12. 5. 1888). Dabei wurde festgestellt, dafs die höher gelegenen Teile der Scheide gesund waren, ebenso die Gebärmutter. Auch der Ehemann war vorher untersucht worden. Er hatte zwar eine alte Striktur, hingegen keinerlei verdächtige Absonderung; sein Sperma war gesund. 9 Tage nach der Operation Beginn der Erweiterung mit Hegarschen Stäben, wie sie sonst zur Erweiterung des Mutterhalses dienen (aus Glas); beginnend mit Nr. 10, dreitägig um 2 oder 3 Nummern steigend bis zu Nr. 25. Die Stäbe werden mit Kokaïn oder Belladonnasalbe anfangs bestrichen, später nur in warmes Wasser getaucht. Alle 2 Tage Fingererweiterung; erst ein Finger eingeführt, dann 2, dann werden die beiden durch langsames Dazwischendrängen obiger Glasstäbe gespreizt. Dies wird fortgesetzt, bis die Kranke sich selbst den kleinsten unserer Hartgummidehncylinder für passive Massage durch den Vorhof hindurchführen und einige Stunden schmerzlos ertragen kann. Dann (4 Wochen nach der Operation) Entlassung. Völlig geheilt. Empfängnis nach 2 Tagen. Gebar am 10. 3. 1889 ein reifes Mädchen.

22. G., Ehefrau eines Postbeamten, 24 Jahre, verheiratet seit 3 Jahren; Coitus in den ersten Wochen möglich, dann zugleich mit auftretendem Scheidenflufs immer schmerzhafter, bald unmöglich. Seither starker Fluor, gelblich, äufserlich wundmachend; schmerzhafte Menstruation. 1. 6. 86. Blühend aussehende, schlanke, kräftige Dame. Becken normal. Vulva und Umgebung stark ge-

rötet, sehr schmerzhaft, chronisches Ekzem in der Schenkelfalte. Starke, dünneitrige Absonderung; Hymen nur nach hinten eingerissen, sonst erhalten, nicht entzündet. Der hintere Einrifs bildet eine tiefe, hartrandige, in die Scheide dringende Fissur und wird als Sitz des Schmerzes angegeben. Sowohl im Harnröhrensekrete als später bei der Operation in demjenigen der Cervix zweifellose Gonokokken. Ehemann hat angeblich zuletzt vor 3 Jahren Tripperspuren gehabt, die eigentliche Erkrankung mit Hodenschwellung liegt 6 Jahre zurück. Geringe Striktur; zur Zeit keine Absonderung; völlige Azoospermie bei normalem Geschlechtsvermögen. Die Fissur wird in Narkose, wie bei einer Fissura ani, mit dem Glühmesser des Pacquelin tief eingeschnitten. Bei dieser Gelegenheit wird festgestellt, dafs augenscheinlich die Trippererkrankung auf die Gebärmutter selbst und ihre Anhänge nicht fortgeschritten ist; die gereinigte Cervix wird gleichfalls mit spitzem Pacquelin abgeglüht. Nachbehandlung mit Massage wie in Fall 21, unter Hinzufügung von Sublimatspülungen der Scheide. Völlige Heilung in 3 1/2 Wochen. Frau bisher gesund; ohne Flufs, ohne Beschwerden.

Gelingt es, in dieser Weise vorgehend, jeden entzündlichen Vaginismus, welcher auf infektiöser Grundlage beruht, zu heilen, so vermag man dasselbe auch bei Frauen zu erreichen, welche auf anderer Ursache beruhenden Scheidenkrampf aufweisen. Mir ist bisher zweimal vorgekommen, dafs junge Frauen bei der ersten Entbindung Verletzungen so eigener Art erhielten, dafs nachher, abgesehen von anderen Beschwerden, jeder Versuch ehelicher Berührung durch einen schmerzhaften Scheidenkrampf unmöglich gemacht wurde. Einer dieser Fälle, welcher zugleich als Typus der Massagewirkung für höher gelegene Entzündung um das Scheidenrohr herum gelten möge, war der folgende:

23. Frau V., Kaufmannsfrau, 23 Jahre, hat vor 5 Monaten zuerst geboren. Ziemlich schwere Zange; starker Einrifs; genäht; Wochenbett vom 5.—11. Tage mäfsig fieberhaft; sie konnte dabei weiter nähren. Stand auf nach 17 Tagen. Seitdem ständig Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, gering. Mehr schmerzhaft aber ist das Kreuz, am meisten empfindlich beim Sitzen und Aufstehen Dammgegend und Vulva; mäfsiger Fluor; Beischlaf ganz unmöglich; äufserlich schon schmerzhaft, tritt beim Eindringen in heftiger Weise das von Hildebrandt geschilderte Bild des Levatorkrampfes auf. Aufnahme 22. 2. 87. Kräftige, mittelgrofse, blühende Frau. An den äufseren Geschlechtsteilen atrophischer Damm mit etwas schiefer Nahtlinie und kleine Mastdarmdammfistel. Linke kleine Schamlippe und Kommissur zu einer festen, strahligen, dicken Masse vernarbt; Narbe sitzt fest am Periost des Scham-

beines, ist höchst empfindlich. Von derselben geht ein harter, fibröser, das Organ stark verengender, breiter Narbenstrang 5 cm tief in die Scheide hinein, reicht bis tief in das Bindegewebe und ist mit dem Rektum verlötet. Hoch oben in der Scheide verläuft rechterseits von einem Einrisse des Mutterhalses ein zweiter breiter Narbenstrang tief in das perivaginale Bindegewebe hinein, dessen leiseste Berührung sofort einen höchst schmerzhaften und langdauernden Krampf des Levator ani hervorruft. Gebärmutter gesund, beweglich; Anhänge frei. Die entfernt wohnende, ihr Kind nährende Frau kann nur alle 4 Tage zur Stadt kommen. Es wird daher aktive Massage — Ausstreichung der Narben durch kombinierte Betastung von Scheide und Mastdarm aus — mit passiver Massage — Dehncylinder — verbunden. Völlige Herstellung in 6 Wochen. Mitte April zuerst Menstruation. Bis dahin waren alle Schmerzen und der Krampf verschwunden; die obere Scheidennarbe war völlig ausgeglichen, die untere wenigstens ganz schmerzlos und gegen das Schambein und Rektum beweglich gemacht. Die beabsichtigte Dammoperation mufste, da sofort nach der ersten Kohabitation Schwangerschaft eintrat, unterbleiben, und wurde erst im Frühjahr 1888 nach glattverlaufener zweiter Entbindung vollzogen; bei derselben kamen die unteren Narbenreste in Wegfall.

Ähnliche Erkrankungen, namentlich im oberen Drittel der Scheide mit nachfolgender Schrumpfung des rechten oder linken Scheidengewölbes, kommen nach schweren Entbindungen, auch ohne Infektion, recht häufig vor und werden oft als Parametritis aufgefafst. Die Beweglichkeit der Gebärmutter auch in ihrem unteren Abschnitt, die Schmerzlosigkeit in den Seiten, die Betastung vom Mastdarme her ergeben charakteristisch, dafs der Herd der Erkrankung lediglich in dem Bindegewebe zwischen Scheide und Mastdarm zu suchen ist.[1] Eine mehrwöchentliche Kombination von aktiver und passiver Massage führt schnell und sicher zur Herstellung.

Allein nicht nur bei krankhaften Veränderungen der Scheide und ihrer Umgebung, sondern bei Zuständen, welche mehr als physiologische gelten müssen und doch den damit Behafteten sehr lästig sind, vermag die Anwendung des Ver-

[1] In seltenen Fällen kommen solche Entzündungen zur Abscedierung, mitunter viele Wochen nach der Entbindung. Es entwickelt sich dann ein bretthartes Infiltrat um die Scheide mit starkem Fieber und Eiteröffnung im untern Drittel der Scheide. Die am schnellsten zu völliger Heilung führende Nachbehandlung ist auch dann Massage.

fahrens Gutes zu leisten. Eine Reihe von Frauen kam zur Beobachtung, bei denen zur Zeit des Klimakteriums die Scheide so aufsergewöhnlich schnell einer senilen Verkleinerung unterlag, dafs beträchtliche Störungen im Eheleben dadurch hervorgerufen wurden. Es gelang entweder durch passive Massage allein, oder durch hinzugefügte Scheidendehnung, die Rückbildung hintanzuhalten. Weitaus lästiger noch ist derselbe Zustand bei Frauen, welche schon frühzeitig, meistens zwischen 32 und 38 Jahren, ihre Regel verlieren. Dies kommt, aus verschiedenen hier nicht zu erörternden Ursachen, doch häufiger vor, als gewöhnlich angenommen wird, und solche Kranke sind eine Crux medicorum. Durch eine dem Falle individuell, je nach der Ursache angepafste Behandlung erhält man mitunter ein mehr als erwartetes günstiges Ergebnis.

24. Frau W., 37 Jahre, Aufnahme 15. 6. 1885. Grofse, schlanke, jugendfrisch aussehende Dame, Kaufmannsgattin. Verheiratet seit dem 16. Lebensjahre; völlig unfruchtbar; sonst aber immer gesund und in allen Funktionen regelmäfsig gewesen. Nur in den ersten Jahren der Ehe zeitweise gelblicher Ausflufs. Seit 6 Monaten Wegbleiben der Regel, Vollsein, aufsteigende Hitze, schnell zunehmende Behinderung des Coitus. Schmerz beim Urinieren und blutiger Urin. Es fand sich bei der sonst ganz gesunden Frau ein haselnufsgrofser Schleimpolyp der Harnröhre, eine trichterförmige, senile Verengung der oberen Scheide, ein schlanker, kleiner aber normal langer Uterus und in der Gegend des rechten Ovariums eine Geschwulst von der Gröfse eines kleinen Apfels, unempfindlich, vermutlich eine alte Tubengeschwulst. (Ehemann Azoospermiker nach Epididymitis gonorrhoïca, hatte früher eine Striktur, ist jetzt aber gesund.) Nach Abtragung des Polypen wird der Frau schwedische Gymnastik verordnet und mit dem ärztlichen Leiter betr. Instituts besonders auf blutzuführende Bewegungen zum Becken Abrede getroffen. Daneben 2 mal wöchentlich aktive und in der Zwischenzeit passive Massage der Scheide. Nach 2 Monaten voller Erfolg; die Menstruation tritt wieder ein, die Ausführung der Cohabitation erfolgt schmerzlos und in früherer Weise. In jedem der folgenden drei Jahre tritt im Frühjahr erneute Menopause mit Wiederkehr von Rückbildungsbeschwerden ein; dieselbe Behandlung führt jedesmal zu gleich günstigem Erfolge.

In ähnlichen Fällen ist mitunter Gonorrhoe sicher nachweisbar oder es besteht Gebärmutterschwellung mit gleichzeitiger Eierstocksschrumpfung durch jahrelang fortgesetzten Coitus interruptus. Die Behandlung ist dementsprechend zu

verändern, führt aber mit Zuhilfenahme der Massage in Einzelfällen zu dem Ziele, dafs sich die Thätigkeit der Organe wieder regelt und beginnende Rückbildung aufgehoben wird.

Schliefslich spielt die Zusammenstellung von passiver Massage mit aktiver Streichung, eventuell auch Knetung eine ganz besonders wichtige Rolle bei langwierigen Erkrankungen der Harnröhre und noch mehr bei Entzündungsvorgängen um den Harnleiter herum.

Kommen eigentliche Harnröhrenverengungen höheren Grades (aufser nach Traumen wie z. B. nach schweren Geburten und überstarker Dehnung mit Simonschen Spiegeln) beim Weibe selten vor[1], so findet man doch nicht zu selten bei chronischem Tripper eine starke Verhärtung und fast callöse Veränderung des Bindegewebes zwischen Harnröhre und Scheide, dessen Umgebung dabei sehr druckempfindlich wird. Zeitweise engt dieselbe die Lichtung der Harnröhre doch ein, und ich habe bisher 2 Fälle gesehen, bei denen ich wie beim Manne wochenlang die Harnröhre mit Bougies erweitern mufste.[2] Bei beiden lag kein Schanker, sondern sicher nur chronische Blennorrhoe vor; bei beiden führte eine zu gleicher Zeit durchgeführte Massagekur zu Rückbildung der Verhärtung. (Passive Massage mit aktiver Streichung.)

Weitaus schwieriger liegt die Behandlung, wenn es sich um den Harnleiter handelt. Nach vorderen Blutergüssen und Entzündungen, besonders wenn eine Eröffnung durch die Harnblase mit länger dauernder Eiterung dagewesen ist, tritt eine solche Schrumpfung des Bindegewebes ein, dafs fast stets der Harnleiter verzogen oder gedrückt wird, und die Beschwerden dieser Kranken werden zeitweise nach der Abheilung der eigentlichen Erkrankung gröfser, als sie auf der

[1] Vergl. das einschlagende Kapitel bei Winckel, *Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase.*

[2] Die eigentliche Striktur safs beide Male im oberen Teile der Harnröhre, aber doch noch ein Stück vom Sphincter vesicae entfernt.

Höhe der Entzündung waren. Dieselben können durch sekundäre Erkrankung der Niere mitunter zu Entfernung derselben drängen. Legt man bald nach überstandener Haupterkrankung bei diesen Frauen ein besonderes Gewicht auf die anfangs vielleicht geringen, aber ständigen Klagen von vermehrtem Harndrang mit geringer Entleerung, seitlich ausstrahlendem Nachschmerz und Wechsel der Symptome mit Lageänderungen des Körpers, so gelingt es wohl ausnahmslos durch bimanuelle Untersuchung mit Beachtung der Sängerschen Vorschriften die, bezw. den erkrankten Harnleiter abzutasten und seine Beziehung zu den Entzündungsresten zu erkennen. In wenigen Tagen vermag man dann durch Massage wenigstens die quälenden Erscheinungen zu heben, indem man je nach dem Falle Dehnkugeln — hierbei besser geeignet, als Dehncylinder — mit Knetung oder Ausstreichung verbindet; hier und da kann man sogar nach einigen Tagen am Ureter, wie an einer geschwellten Tube, Zugdruck üben. Es ist aber zu beherzigen, dafs der schnelle erste Erfolg hierbei kein endgültiger ist. Die Entzündungsvorgänge im vorderen Parametrium und in dem Zellgewebe von der Blase an den Harnleitern aufwärts haben eine sehr bedeutende Neigung zu Schrumpfung, und sobald man, lediglich den Symptomen folgend, nur kurze Zeit massiert, kehren die Kranken mit erneuten Beschwerden zurück. Mindestens mufs die passive Massage in Verbindung mit Sitzbädern oder Gebrauch von Thermen monatelang fortgesetzt werden. Als Beispiel diene folgende Beobachtung:

25. Frau M., 37 Jahre, Weinhändlersfrau, Hamburg; hat 5 mal in 15 jähriger Ehe, zuletzt vor 9 Jahren geboren. Leidet im Anschlusse an eine schwere Erkältung und Durchnässung bei der Regel mit Verschwinden derselben am ersten Tage, seit 4 Jahren an nahezu ständigen Schmerzen im Leibe mit zeitweise schweren und langdauernden Blutverlusten. Dabei stets Urinbeschwerden. Aufnahme 1. 5. 1886. Es besteht bei der zarten, mageren Frau zur Zeit eine hochfieberhafte, flach ausgebreitete vordere Beckenzellgewebsentzündung rechterseits mit Empordrängung der Gebärmutter und ihrer Anhänge. Links alte, geschrumpfte hintere Parametritis und kleinapfelgrofse Geschwulst, von der sich mit Sicherheit nicht sagen läfst, ob sie tuboovarial ist oder ein subseröses

Fibrom am Fundus darstellt. Unter gewöhnlicher Behandlung und bei starker Fieberbewegung bricht die Entzündung nach 19 Tagen in die Blase durch, und wird bei langsam abfallender Temperatur 12 Tage mit dem Urin Eiter entleert. Unter Seesalzvollbädern erholt sich die Kranke rasch, jedoch treten schon nach weiteren zwei Wochen heftige Schmerzen »in der Blase« mit nachfolgendem Wasserdrang auf. Die Entleerung ist alsdann gering, der Schmerz nach derselben noch heftiger als vorher und strahlt hoch in die rechte Seite hinauf. Beim Liegen, besonders in Bauchlage, vermindert sich der Schmerz; der Harndrang und Harnzwang ist nachts gering. Urin frei von Eiweifs und Eiter. Keinerlei Temperaturerhöhung gegen Abend. Es zeigt sich nun um den jetzt bequem tastbaren, verdickten, recht schmerzhaften Harnleiter herum ein wallnufsgrofser harter, wenig druckempfindlicher Knoten. Es gelingt leicht bei der mageren Frau denselben bimanuell für Knetung zugängig zu machen, indem von aufsen bei stark angezogenen, aber locker gehaltenen, nicht zu gespreizten Schenkeln dicht hinter der Schamfuge eingegangen wird. Knetung, 5 Wochen nach der Perforation des Abscesses beginnend, täglich; nebenher passive Massage mit Dehnkugeln. Die ersten 3 Tage enthält der erste Urin nach der Knetung jedesmal Eiterflocken und mikroskopisch sind Eiterzellen auch noch in den nächsten Tagen nachweisbar. Dann verschwinden dieselben gänzlich. Nach 14 Tagen sind die Beschwerden beseitigt, die kleine Geschwulst ist nur noch strangförmig, der Ureter noch hart, dick, empfindlich. Moorsoolbadkur in Oldesloe. Nach derselben noch 2 mal im Herbst Rückfall der Harnbeschwerden. Mit Dehncylindern und vorübergehender Massage (3—4 mal) beseitigt. Seitdem ist die Frau gesund; in jedem Jahre, sowohl 1887 als 1888, hat sie aber einige Male über Rückfälle der Harnbeschwerden geklagt; sie greift dann sofort 12—14 Tage zur Dehnung in Verbindung mit Sitzbädern und heilt sich so ohne Behandlung selbst. Eiterkörperchen sind zur Zeit der Anfälle nicht wieder dagewesen; von Geschwulst ist nichts mehr vorhanden; der Harnleiter ist noch verdickt, aber verschieblich und wenig empfindlich.

b. Die Parametritis chronica.

Wenn wir nunmehr denjenigen Erkrankungsformen nähertreten, welche in dem eigentlichen Parametrium ihren Sitz haben, so ist eine Scheidung nach Ursache, Sitz und Folgezuständen gemacht worden.

Die einzelnen Formen der chronischen Beckenbindegewebsentzündung unterscheiden sich in erster Linie typisch darnach, ob eine akute Erkrankung vorausgegangen war (Mehrzahl) oder ob eine solche nicht nachweisbar ist, also die chronische Entzündung — mindestens scheinbar — primär

ist (geringere Zahl). Von den ersteren wieder sind Verlauf und Heilbarkeit bei den auf Wochenbettserkrankung zurückführbaren Fällen gänzlich von den nicht puerperalen verschieden, selbst wenn es sich um die gleichen Entzündung erregenden Faktoren (Traumen, Mikroorganismen) handelt.

Art und Bedeutung der Folgezustände hängt vom Sitz und der Ausbreitung des Krankheitsprozesses ab, wir lehnen uns darin an die anatomischen Lehren und Anschauungen von B. S. Schultze und W. A. Freund an; für die Behandlung sind besonders die Lageveränderungen der Beckenorgane durch Parametritis oft entscheidend und ist ihnen deshalb besondere Rücksicht geworden.

Die einfachsten, recht häufigen und für die Massagebehandlung dankbarsten Krankheitsfälle stellen die chronischen flächenhaften Infiltrate, Narbenstränge und Schrumpfnarben nach fieberhaften Wochenbetterkrankungen dar. Mit denselben beginnen wir die Wirkung der Massage für diese Zustände zu schildern.

26. Frau Dr. E., Lehrersgattin, Lüneburg, 26 Jahre. Patientin war als Mädchen gesund. Seit 4 Jahren verheiratet, gebar sie vor $2^1/_2$ Jahren leicht einen Knaben. Fieberhafte Parametritis dextra im Wochenbette; nach 6wöchentlichem Liegen noch längeres Siechtum mit ständigen rechtsseitigen Schmerzen. Gebrauch von Franzensbad wirkte vorübergehend bessernd. Aber schon bald traten wieder dieselben Unterleibschmerzen ein, mit dem Gefühle eines durch Anschwellung schweren Beckenraumes; unregelmäfsige, bald zu frühe, bald zu späte schwache Regel, weifsgelblicher, reichlicher Ausflufs, Verstopfung, Herzklopfen, fortwährende Mattigkeit. Mehrfach anderweit örtlich behandelt. Aufnahme 2. 3. 1887. Mittelgrofse, zarte, elend aussehende Frau. Herz und Lunge gesund. Urin normal. Im Becken findet sich eine geschrumpfte, rechtsseitige Parametritis mit sehr empfindlichen Narbensträngen, welche, von der Narbe eines rechtsseitigen Cervixrisses ausgehend, nach der tiefen Fascie ausstrahlen. Der ganze, chronisch verdickte, wenig in der Höhlung verlängerte (9 cm) Uterus ist scharf nach rechts herübergezogen, das rechte Ovarium herabgesunken, die Tube frei, nicht verdickt. Dünneitrige Gebärmutterabsonderung enthält reichliche Eiterzellen, allein keinerlei Mikroorganismen; in der Scheide viele derselben, aber keine verdächtigen Formen.

Die Kranke wird einer klinischen Massagebehandlung mit Zugdruck unterzogen, und zwar in täglichen von 6 zu 12 Minuten gesteigerten Sitzungen.

Zugleich morgens und abends (35° R.) Scheidenspülungen (je 7½ Liter, ½ Meter Druck, halbliegend), über Nacht 1 Glycerintampon; 4tägig Seesalzvollbad. Schon am Ende der 2. Woche konnten die Sitzungen 2tägig vor sich gehen, nach 3½ Wochen wurde die Kranke entlassen mit völlig freibeweglicher Gebärmutter, höher gelagertem Eierstocke; Parametrium frei von jedem Schmerze; kräftige, rechtzeitige Monatsblutung. Es ist seitdem bis heute alles normal geblieben und sämtliche Funktionen sind durchaus regelmäfsige.

27. Frau L., Schiffsingenieursfrau, Harburg, 32 Jahre. 16 Jahre verheiratet. 4 Kinder. 3 Aborte. Im letzten Wochenbette vor 2½ Jahren linksseitige Unterleibsentzündung mit anschliefsender Pleuritis sinistra. Lag 16 Wochen. Seit jener Zeit fortwährend linksseitige Unterleibschmerzen, Kreuzschmerzen, geringe Menstruation mit gleichbleibender Schmerzempfindung, dünner Ausflufs, häufig Harndrang. Stuhlverstopfung. Viel Nacken- und Hinterkopfschmerz. Mehrfache Behandlung, auch das Tragen einer Binde gegen Hängebauch und geringe Verschieblichkeit der linken Niere ohne wesentlichen Erfolg.

Aufnahme 9. 7. 1885. Grofse, kräftige Frau; bis auf pleuritische Reste links, gesunde Lunge; Herz etwas rechts gedrängt. Urin gesund. Starkgeschrumpfte Parametritis posterior und sinistra. Die Scheide ist im oberen Drittel stark narbig mit dem unterliegenden Gewebe verlötet, Scheidengewölbe verschwunden; an dessen Stelle eine sehr empfindliche, daumendicke Exsudatleiste, welche sich in Gestalt einer fächerförmig ausstrahlenden Narbe nach links aufwärts erstreckt. Uterus dick, aber klein, nach links verzogen. Eileiter und Eierstöcke nur in Narkose, aber dann leicht, erreichbar, etwas in die Höhe gedrängt, sonst an normaler Stelle ohne fühlbare Veränderungen. Die Frau konnte nur 14 Tage in rein klinischer Behandlung bleiben, in dieser Zeit gelang es die hintere Exsudatleiste sowie die Scheidennarben durch Verbindung von Knetung und Zugdruck soweit zu heilen, dafs sich ein Scheidengewölbe wieder herstellte. Dann kam sie zweimal in der Woche und gebrauchte inzwischen zu Hause Dehncylinder 5—8. In weiteren 5 Wochen war die gesamte linksseitige Vernarbung gehoben. Eine Kur in Franzensbad vervollständigte den Erfolg, welcher bis jetzt angehalten hat. Alle Beschwerden sind geschwunden und die Funktionen der Beckenorgane regelmäfsige.

28. Frau W., Küperfrau, Hamburg, 32 Jahre alt, 8 Jahre verheiratet. Hat einmal vor 7 Jahren geboren; schwere Zange, langdauerndes fieberhaftes Wochenbett. Seitdem ständige, bei der Regel gesteigerte Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, Ziehen im Kreuze, Dysurie, weifsgelber Scheidenflufs, in den letzten 7 Monaten immer stärker werdende Menorrhagien. Vielfache Vorbehandlung. Aufnahme 31. 8. 85. Kleine, kräftig gebaute, aber elend aussehende Frau. Lunge und Herz gesund. Harn normal. Stark im oberen Drittel vernarbte Scheide; breite Verlötung zwischen Scheide und Mastdarm an Stelle des Douglasischen Raumes; parametritische Narbenstränge beiderseits mit herabgesunkenen Eierstöcken. Gebärmutter in steiler Retroversion zwischen den verkürzten Parametrien, beweglich, stark verdickt. Endometritis hyper-

plastica adenomatosa. (Probelöffel. Gefriermikrotomschnitt). Eileiter und Eierstöcke gesund.

Eine Ausschabung der Gebärmutter mit folgender Ergotinbehandlung (subkutan) heilt nur die starken Blutverluste, nicht die übrigen Beschwerden. Deshalb im Frühjahr 1886 Massagekur. Die Zugdruckmassage, lediglich mit Anwendung abendlicher Glycerintampons verbunden, wird so gut vertragen, dafs schon nach 10 Tagen von der klinischen zu einer ambulanten Behandlung übergegangen werden kann. Nach 3 Wochen nur noch 3tägige Sitzungen, zwischendurch passive Massage mit Cylinder 5—7$^1/_2$. Nach 6 Wochen sind beide Parametrien soweit frei, dafs der Uterus in Anteversion liegt, die Senkung der Eierstöcke gehoben und sämtliche Beschwerden geschwunden sind. Anfang Juni 1886 Empfängnis; später normale Entbindung; nach derselben bleibt die völlige Herstellung mit normaler Anteflexio uteri erhalten.

Diese drei Krankengeschichten sind Typen der einfachsten und recht häufigen Form chronischer Reizzustände der Geschlechtsorgane durch Reste fieberhafter Entzündungen des Beckenzellgewebes im Wochenbette. Bei allen dreien waren vielfache Heilbestrebungen von durchaus berufener Seite ohne Erfolg vorausgegangen. Der örtlichen Behandlung der Grundursachen durch Massage blieb es vorbehalten, in verhältnismäfsig kurzer Zeit die Beschwerden dauernd zu beseitigen, regelmäfsige Thätigkeit der Organe herzustellen und im dritten Falle auch die seit Jahren gewünschte Empfängnis herbeizuführen. Noch wichtiger aber gerade für diese einfachen Fälle ist es, dafs bei denselben auch der objektive Befund bis nahezu zur völligen Norm zurückgebracht werden kann. Wir werden sehen, dafs für die verwickelteren Krankheitsbilder auch mit der Massage nur selten ein so ideales objektives Ergebnis zu erzielen ist und wir uns noch immer zu häufig mit der Beseitigung der Beschwerden bescheiden müssen.

Schon wenn wir jetzt einigen Fällen näher treten, bei denen auf Grundlage derselben Krankheitsursache — puerperale Infektion des Beckenbindegewebes — schwerere Lageveränderungen der Gebärmutter eintraten, wird sich dieser Unterschied herausstellen.

29. Frau K., Werkführersfrau, 38 Jahre, verheiratet seit 15 Jahren 4 Kinder normal geboren; regelmäfsige Wochenbetten. Im Mai 1883 Fehl-

geburt im 3. Monate. Schwere Blutung, Ausstopfung und dann Ausräumung durch eine Hebamme ohne jegliche Antisepsis, 12tägiges fieberhaftes Wochenbett, dann bald Übergang zu schwerer Arbeit. Seitdem stets Druck auf Mastdarm und Blase, beiderseits Leibschmerzen, ständiger Kreuzschmerz, Verstopfung, Schweregefühl nach unten; starke, langdauernde Regel. Mehrseitige Vorbehandlung, besonders mit Pessarien, wirkt eher verschlimmernd. Aufnahme 3. 4. 1884. Kleine, kräftig gebaute, aber abgeblutet aussehende Frau. Allgemeinbefund normal. Hochgradige Rückwärtsknickung einer stark geschwollenen, verdickten Gebärmutter. Cervix kurz (4 cm), rechtsseitig eingerissen, Uterushöhle $7^1/_2$ cm, weit, leicht blutend. Von dem rechtsseitigen Einrifs geht eine fingerdicke, empfindliche, straffgespannte Narbenleiste quer durch das Becken nach der Beckenfascie an der Linea innominata; beim Versuche die Gebärmutter zu heben, läfst sich die Ausstrahlung und Anspannung derselben bis zum Ligamentum Poupartii hin fühlen. Links hingegen befinden sich die Reste eines flachen, diffusen Exsudates nach vorn, in dessen Bereich der linke Harnleiter verdickt und höchst empfindlich mit einbezogen ist. In der Narkose gelingt es den Gebärmuttergrund, sowie die Anhänge als frei und beweglich nachzuweisen; auch ist es möglich, das Organ nach vorn zu legen, jedoch unter so starker Anspannung der Narbenstränge, dafs von jeder zwangsweisen Erhaltung der Normallage durch mechanische Mittel zuvörderst abgesehen wird. Nach 6 wöchentlicher erfolgloser Vorbehandlung mit Sitzbädern, heifsen Ausspülungen und Ergotineinspritzungen, 14 tägige klinische Massagebehandlung. Tägliche Anwendung von Zugdruck, links mit Knetung und vorn hinter der Schamfuge mit Streichung verbunden. Nachts passive Massage mit Dehnkugeln. Die mittellose Kranke mufste schon nach 14 Tagen in ambulante Behandlung übergehen und konnte nur 2 mal in der Woche massiert werden. In der 4. Woche gelang bereits die Vorlegung der Gebärmutter, in der 6. wurde ein hebendes Schalenpessar, in der 8. ein Thomaspessarium vertragen. Das Gebärorgan lag anteflektiert, die linke Seite war gänzlich frei von allen Entzündungsresten, die rechte Narbe völlig unempfindlich und soweit gedehnt, dafs sie der Anspannung des Pessariums keinen empfindlichen Widerstand entgegensetzte. Unter zeitweiser Fortsetzung der Behandlung gelang es nach fast einem Jahr an Stelle des Thomasschen ein Hodgesches Instrument zu verwenden; weiter konnten wir nicht fortschreiten. Es ist noch mehrfach bis jetzt versucht worden, durch Massage die übriggebliebene einfache Erschlaffungsretroflexion zu heben und Heilung ohne Stützmittel zu erreichen, aber vergeblich. Auch die Probe, die Kranke mit Rückwärtslagerung ohne Instrument gehen zu lassen, da alle Räume des Beckens frei von Entzündungsresten sind, schlug, sonst oft mit Erfolg von uns gehandhabt, bei dieser Frau fehl; mit einem Ringe ist die Kranke stets gesund und arbeitsfähig.[1]

[1] Operative Mafsnahmen hat die Kranke, welche sich mit Hodgepessarium wohl befindet, abgelehnt, und lag kein Grund vor, ihr darin nicht beizustimmen.

30. Frau S., Arbeiterfrau, 33 Jahre, verheiratet 12 Jahre, einmal schwer entbunden vor 11 Jahren; eine Frühgeburt (6 Monate), vor 5 Jahren mit festhaftender Nachgeburt, Lösung abseiten der Hebamme, schwer fieberhaftes, 3wöchentliches Wochenbett. 4 Monate später zuerst Druck auf Blase und Mastdarm, Schmerzen im Leibe und leichte Durchfälle vor der Regel — sonst Verstopfung — und dazu seit fast 2 Jahren fortwährendes, zeitweise unerträgliches, bei der Regel etwas besser werdendes Jucken im Vorhofe und im untern Drittel der Scheide. Kein Weifsflufs. Aufnahme 4. 11. 1885. Kräftige, gesund aussehende Frau; Vulva und Vagina normal, äufsere Geschlechtsteile, besonders die Haut daselbst ohne krankhafte Veränderung. Gebärmutter anscheinend in verwachsener Rückwärtsknickung. In Narkose zeigt sich dieselbe am Grunde frei, aber beiderseits durch narbig geschrumpftes Bindegewebe seitlicher früherer Parametritis nach hinten geknickt und fest ins Becken eingekeilt. Beide Eierstöcke herabgesunken, aber mitsamt den Eileitern ohne besondere Abnormität. Es zeigt sich zugleich, dafs der Pruritus lediglich eine auf der Retroflexion beruhende Neurose darstellt, denn er verschwindet sofort mit dem ersten Gelingen der Richtiglagerung. Da weder Pessarium noch Tamponade vertragen wird, wird Massage mit Zugdruck versucht. Nach kurzer klinischer Beobachtung kann zu ambulanter Behandlung übergegangen werden. Nach 17täglichen Sitzungen gelingt die Reposition und wird ein Thomaspessarium vertragen. Mit diesem befindet sich die Frau wohl; mufs es einmal, sei es zum Versuche, sei es wegen Erosion entfernt werden, so treten sofort Beschwerden, vor allem aber Jucken ein. Vielfache Versuche nach Dehnung der Narben noch weiter von jedem Stützapparat frei zu werden, sind bisher stets vergeblich gewesen (auch mit Massage und Gymnastik!); seit 3/4 Jahren erst wirkt ein Hodgepessarium genügend zurückhaltend, so dafs vielleicht nach einem weitern Jahre doch noch völlige Heilung ohne Ring in Aussicht steht.

31. Frau St., Kaufmannsgattin, 34 Jahre, Hamburg, Aufnahme 11. 9. 1884. War in erster Ehe zwei Jahre und ist in zweiter Ehe jetzt fast 10 Jahre verheiratet. Gebar in erster Ehe vor 16½ Jahren einen bei der Entbindung abgestorbenen Knaben; Zange; Dammrifs, nicht genäht; 3wöchentliches fieberhaftes Wochenbett. Zweite Ehe unfruchtbar. Ehemann gesund, Sperma normal. Von der ersten Entbindung her litt sie an stets wiederholten, bei der Menstruation heftiger werdenden rechtsseitigen Leibschmerzen, dauernder Verstopfung, Senkungsgefühl und Harnzwang. Zweimal im Laufe der letzten 6 Jahre — einmal nach Versuch frauenärztlicher Behandlung — traten akute rechtsseitige Schmerzen mit Fieber von 8—12tägiger Dauer ein; regelmäfsiger Besuch von Sool- und Moorbädern wirkte stets nur auf kurze Zeit. Kräftige, blühende Dame; geringer alter Dammrifs; vielfach vernarbte Scheide; Scheidengewölbe durch Vernarbung und Umrollung des Muttermundes geschwunden. Vom rechten Narbenrande eines Cervixrisses durchsetzt eine kurze, aber kleinfingerdicke empfindliche Narbe das ganze Beckenbindegewebe bis zum Beckenperiost hin. An derselben pendelt der mäfsig vergröfserte (9½ cm), aber

stark verdickte, rückwärts geknickte Uterus; hinter dem Narbenstrange sitzt das rechte Ovarium, unbeweglich, recht empfindlich. Die linke Seite ist frei. In Narkose wird festgestellt, dafs perimetritische Erkrankung beiderseits, insbesondere Eileiterschwellung, nicht vorhanden ist. Operative Eingriffe werden durchaus verweigert; deshalb wird Massage zunächst versucht.

Nach 14tägiger Zugdruckanwendung bei Ruhelage ohne Nebenbehandlung (ausser abends 1 Glycerintampon) ist die Narbe soweit gedehnt, dafs die Gebärmutter in steiler Rückwärtsneigung, statt Knickung, sehr beweglich liegt; die Kranke ist schmerzfrei. Die Behandlung wird noch 6 Wochen lang alle 3 Tage fortgesetzt und an den Zwischentagen passive Massage eingeschaltet. Seitdem ruht der Uterus in geringer Retroversion normal lang und nicht verdickt, das rechte Beckenbindegewebe ist narbenfrei, es sind niemals wieder Beschwerden eingetreten; Bäder wurden nicht wieder besucht; jährlich findet einmal eine Untersuchung bei stets gleichem Befunde statt. Sämtliche Funktionen sind regelmäfsig, Bergtouren und regelmäfsiges Reiten werden vertragen; Empfängnis ist nicht eingetreten.

32. Frau T., 34 Jahr, aus Allermöhe. Aufnahme 29. 3. 86. Die Frau ist seit 7 Jahren verheiratet, zweimal regelmäfsig, zweimal zu früh niedergekommen. Vor 4 Jahren beim zweiten Wochenbette und vor 1¹/₄ Jahren beim vierten fieberte sie; beidemale nur eine Woche mit geringen linksseitigen Leibschmerzen und übelriechendem Wochenflusse. Seit dem letzten Puerperium fortwährend linksseitige Leibschmerzen, nach dem Mastdarm und der Hüfte ausstrahlend; starke Kreuzschmerzen, reichlicher, zähgelber Ausflufs; erst sehr starke, jetzt seit 4 Monaten geringe, aber mit vielen Wehenschmerzen einhergehende, langdauernde Monatsblutungen; oft »schneidendes Wasser«; aufserdem Verstopfung, linksseitige Migräne und Zwischenrippenschmerzen. Ein Soolbad ward ohne Erfolg 5 Wochen lang gebraucht.

Magere, kräftige Frau. Brustorgane gesund. Urin normal. Äufsere Genitalien und Scheide gesund. Uterus stark retrovertiert ohne Flexion, Halskanal verlängert (6 cm), geringe Narbenkerben, starker Cervixkatarrh. Von einem kleinen, linksseitigen Einrisse aus erstreckt sich eine strahlige, nicht dicke, aber sehr weithin bis zum Psoasrande nach hinten, bis zur Bauchdecke nach vorn verfolgbare Schrumpfnarbe. Durch dieselbe ist das linke Scheidengewölbe auf ein ganz geringes Mafs eingeengt, der rückwärts gelagerte Uterus zugleich stark nach links verzogen, der linke Eierstock herabgesunken, aber beweglich; nach vorn ist der linke Harnleiter verdickt und von dem Narbenzuge beeinflufst zu fühlen. Die Gesamtausdehnung der Narbe ist im Gegensatz zur rechten Seite sehr empfindlich. Beckenbauchfell, Eierstöcke und Eileiter sind gesund.

Dreiwöchentliche Zugdruckmassage in der Klinik; aufserdem nur abends ein Glycerintampon, morgens eine Scheidenausspülung im Liegen (10 Liter von 32 auf 36° R. ansteigend). In dieser Zeit gelingt es, die Narbe völlig zu dehnen. Das Scheidengewölbe stellt sich wieder her; die Gebärmutter geht von selbst erst in Anteversion, später in Anteflexion über (ohne Pessarium!),

der Katarrh verschwindet; die Senkung des linken Eierstockes ist nicht mehr nachweisbar. Die Frau blieb 2 Jahre ohne jegliche Änderung des Befundes gesund; zeitweiser Ausflufs verschwindet sofort auf einige heifse Duschen. Frühjahr 1888 Empfängnis. Nach der normalen Entbindung hat sie sich zweimal vorgestellt; es ist alles gut geblieben, insbesondere die Lagerung der Organe durchaus regelmäfsig.

Die vorstehenden vier Krankengeschichten stellen Typen verschiedengearteter Lageveränderungen der Gebärmutter und ihrer Anhänge dar auf gleicher ursächlicher Grundlage: Veränderungen des Beckenbindegewebes nach Ablauf puerperaler Entzündungen desselben. Halten wir an der Schultzeschen Einteilung der Rückwärtslagerungen (s. später S. 98) fest, so lag teils einfache Folge von Narbenzug und Narbenschrumpfung, teils Verbindung dieses Faktors mit Erschlaffungszuständen vor. Besonders auffällig war mehrfach die von den Gebärmutterhalsrissen ausgehende Narbenschwiele; gerade durch diese charakterisieren sich häufig die von puerperaler Ansteckung herrührenden Krankheitsformen.

Sämtliche Frauen waren mehrfach vorher ohne Erfolg behandelt worden. Die Erfolge der Massage sind nicht nur an sich klar, sondern auch typisch für das mit ihr in solchen Fällen erreichbare Ziel. Nur einmal ist das Ergebnis ganz ideal. Ohne jeden Stützapparat hat sich normale Lagerung der Organe und völliger Schwund der Narben eingestellt; in den drei anderen Fällen ist letzteres mit verschieden hoher Vollkommenheit erreicht worden: einmal jahrelange, noch bestehende Befreiung von den Beschwerden, ohne Stützapparat, aber mit nicht erreichbarer Anteflexion der Gebärmutter; zweimal ist diese letztere erzielt worden, allein die nach Schwund der Narben und Entzündungsreste mehr auf konstitutioneller Grundlage beruhende Erschlaffung erfordert das Tragen von Stützmitteln, mit denen die Kranken, völlig wohl, schwerste Arbeit verrichten.

Hat es sich so gezeigt, dafs bei den Folgezuständen von Entzündungen im Wochenbette die Massage eine durch

keine der bisherigen Behandlungsmethoden erreichbare Heilfähigkeit, namentlich auch für weniger Bemittelte besitzt und dafs die Höhe des mit ihr Erreichbaren von der Schwere der Folgezustände, insbesondere den Lageveränderungen abhängig ist, so sehen wir bei den Parametritiden auf anderen Grundursachen sich genau dasselbe wiederholen. Nur pflegt die Behandlungsdauer eine längere zu sein, und bei den komplizierteren Lageveränderungen spielt so häufig schon etwas Perimetritis mit, dafs dadurch die Vorhersage leicht getrübt wird. Von seltener vorkommenden Ursachen und Verletzungen (— auch Cohabitatio nimia —) abgesehen, läfst sich die Entstehung der nicht puerperalen Entzündungen vorwiegend auf zwei Gründe zurückführen: Tripperansteckung und unzweckmäfsige bezw. ungenügend aseptische Heilmafsnahmen bei örtlicher Behandlung bezw. Operationen. Bis zum Hereindringen der bakteriologischen Ära war uns vieles auf diesem Gebiete unklar, und erst das laufende Jahrzehnt ist im Begriffe, die Wege für genauere Unterscheidungserkenntnis zu lehren und zu zeigen, wie bis in die kleinste Einzelheit auch in der Alltagspraxis aseptisch verfahren werden mufs, wenn nicht gerade da, wo zu helfen beste Absicht ist, geschadet werden soll.

Zur Erläuterung dienen am besten folgende Krankengeschichten; die ersten vier sind zunächst aus einfacheren[1] Fällen gewählt.

33. Frau G., 26jährige Kaufmannsfrau, $4^1/_2$ Jahr verheiratet; Anfrage wegen Unfruchtbarkeit; heftige Dysmenorrhoe, starker Weifsflufs; sonst gesund; Aufnahme 15. 4. 81. Zarte Dame; starke Anteflexio uteri. Endometritis corpor. ut. Stenose des Canalis cervicalis. Ehemann gesund, Sperma normal; keine Tripperreste. Bilaterale Discision mit Umsäumung der Schleimhaut 10. 5. 81. Der Verlauf war nicht glatt, es trat vom 3. Tage bis zum 9. Fiebersteigerung bis 39,3 ⁰ (Rektum) und linksseitige Schmerzhaftigkeit auf. Diese hielt auch nach dem Aufstehen an, besserte sich nicht durch Kreuznacher Kur. Januar bis Februar 1882 wegen zweier linksseitiger, schmerzhafter Narbenstränge, von den Wundwinkeln der Discision ausgehend, Massage.

[1] Ohne schwere Lageveränderung der Gebärmutter.

Nach 20 täglichen Sitzungen Besserung deutlich, von da ab 2 tägige aktive Massage mit Dehncylindern an den Zwischentagen. Heilung nach weiteren 3 Wochen. April 1882 Empfängnis. Regelmäfsige Schwangerschaft. Hat 3mal geboren. Gesund bis jetzt.

34. Frau L., Beamtenfrau, 32 Jahr, 8 Jahre verheiratet; 2 Kinder, 3 Fehlgeburten. Seit 2 Jahren unregelmäfsige, in letzter Zeit hochgradige Blutverluste. Aufnahme 4. 2. 84. Nach Laminariaerweiterung wird an der Vorderwand des steil rückwärtsgeneigten Uterus ein kleinapfelgrofses Myom abgetastet, welches, submukös sitzend, mit dem untern Pole nahe bis zum innern Muttermunde reicht. Im April, da andere Behandlung nutzlos bleibt, Versuch einer Enukleation. Es mufste, trotz Laminariaerweiterung auf bequeme Fingerdurchgängigkeit, doch die Cervix beiderseits hoch hinauf eingeschnitten werden. Darnach Kapselspaltung, Ausschälung, jederseits 3 Cervixnähte. Fieberhafte rechtsseitige und vordere Parametritis mit flachem Exsudat vom 3—12. Tage. Dann schnelle Rückbildung. Im Herbst desselben Jahres kommt die Frau mit heftigen ziehenden Schmerzen in der rechten Seite und Dysurie wieder. Blutung normal. Starke pathologische Anteflexio uteri mit Rechtsverschiebung durch eine breite Schrumpfnarbe des rechten Parametrium. Erst nach fast 2 monatlicher Massage — erst 3 Wochen täglich, dann 2 tägig — gelingt es, auf Zugdruck und Streichung eine Normallagerung und Aufhören der Schmerzen zu erzielen. Narbe völlig geschwunden. 3 Monate später Conception, normale Entbindung. Bis Mai 1887 — letzte Beobachtung — war die Frau gesund.

35. Frau K., Buchhaltersfrau, 26 Jahre, verheiratet seit 2 Jahren; steril. Etwa 4 Wochen nach Beginn der Ehe Harnröhrenschmerzen, gelber Ausflufs; nach weiteren 3 Monaten fieberhafte Erkrankung mit Schmerzen im Leibe, besonders aber mit Druck auf den Mastdarm; seitdem ständig schmerzhaftes Drängen nach dem Darm und in der linken Seite; eheliches Leben fast unmöglich; geringe, nicht schmerzhafte, regelmäfsige Menses. Aufnahme 10. 6. 87. Chronische Gonorrhoe in Harnröhre und Cervix durch mehrfache Gonokokkenbefunde gesichert. Alte Parametritis posterior, sehr empfindliches, verkürztes Scheidengewölbe, in der Tiefe verwachsen; bleistiftdicker Narbenstrang links von hinten her zur Harnröhre und zum linken Harnleiter emporsteigend. Eierstöcke, Tuben, Beckenbauchfell werden in Narkose als gesund festgestellt; auch das Endometrium scheint frei zu sein, es wird mit Absicht weder sondiert noch bei der Prüfung auf Gonokokken höher hinaufgegangen. Nach Heilung des Trippers mit Chlorzink (Cervix) und Jodoformzinkstäben (Harnröhre) bleiben die Beschwerden der chronischen Parametritis bestehen. Vorsichtiger, gut vertragener Massageversuch im Januar 1888. Es bedarf viermonatlicher Behandlung — vorwiegend Zugdruck — und Zuhilfenahme von Dehnkugeln, um die Heilung zu erreichen. Von Mai an ist Patientin ganz schmerzfrei, der Uterus beweglich, das Scheidengewölbe gleichfalls wieder beweglich und unempfindlich. Im August Empfängnis, glatte Schwangerschaft, kein Ausflufs, normale Entbindung (Mai 1889).

36. Frau E., Künstlersgattin, 40 Jahre, verheiratet 19 Jahre; 3 Entbindungen, 3 Fehlgeburten; bis vor kurzem stets gesund. Aufnahme 9. 2. 84. Frisehe, echte Blennorrhoe der Harnröhre und Scheide (ex marito!). Uterus wird wegen akuter Reizerscheinungen nicht untersucht. Ruhelage, Scheidenspülung bei niedrigem Drucke, liegend, mit Zusatz von Liqu. plumb. acet., Besserung nach 14 Tagen; nach weiteren 5 Tagen Cohabitation trotz strengen Verbotes. Akute fieberhafte Parametritis posterior und dextra von fast 4 wöchentlieher Dauer. Dann Soolbad Oldesloe (6 Wochen). Erst naeh der Rückkehr von dort war es möglich festzustellen, dafs die Entzündung sich glücklieherweise auf das Beckenbindegewebe beschränkt hatte. Schleimhaut des Corp. ut., Eileiter und Eierstöcke frei. Gonokokken nur noch einige in der Harnröhre. Hinter der normal liegenden, aber verdickten und geschwollenen Gebärmutter befindet sich eine derbe Exsudatleiste nach dem Mastdarm hingehend, sehr empfindlich; rechts vom Scheidenteile aus durchquert ein weiterer derber Narbenstrang das Beekenbindegewebe bis zum Kreuzdarmbeingelenke. Die von diesen Entzündungsresten ausgehenden Schmerzen beim Stuhlgange (nebst Verstopfung), beim Coitus, bei jedem längeren Stehen und schliefslieh beim Sitzen führen im November 1884 zu einer Massagekur, bei welcher erst Streichung und Knetung, später Zugdruck zur Anwendung gelangen. Nach 10 täglichen Sitzungen bei Ruhelage trat schon Besserung ein, jedoch bedurfte es zur vollen Herstellung der Kranken fast 3 Monate in 2-, später 3 tägig wiederholten Sitzungen. Der Erfolg war vollständig und ist die Dame bisher gesund geblieben. Die Narbenstränge schwanden durchaus, der Uterus schwoll ab, die Funktionen waren regelmäfsige. Ein Rüekfall der Gonorrhoe ist nicht eingetreten.

Absichtlich sind diese 4 Fälle so gewählt worden, dafs für die verschiedenen Arten von Infektion je eine Frau, welche bis dahin nicht geboren hatte, mit einer Mehrgebärenden zusammengestellt wurde. Der Verlauf kennzeichnet, dafs der Unterschied für Wund- bezw. Tripperansteckung bei beiden Arten von Frauen, wenn nur eben der Uterus nicht puerperal ist, gering zu sein pflegt. Zweifellos war meinerseits, trotz aller üblichen Vorsichtsmafsregeln[1], in den beiden ersten Fällen nicht gänzlich aseptisch operiert worden. Der Ausgangspunkt der Entzündung konnte später deutlich am Verlaufe der Narbenstränge von der Verwundung an der Cervix erkannt werden.

[1] In Fall 33 wurde mit 3 %iger Karbolsäurelösung, in Fall 34 mit Sublimat 1 : 2000 operiert; jedoeh wurde damals das Nähmaterial noeh nieht mit so peinlicher Sorgfalt selbst bereitet, sondern käutlich erworben; vermutlich lag darin die Quelle der Infektion.

Nur sind, wegen gröfserer Starrheit des Bindegewebes und energischerer Reaktion desselben diese Art Exsudate weniger umfangreich und die Narben weniger weitreichend als im Wochenbette, dafür pflegen sie aber auch viel schmerzhafter zu sein, die Nachwehen derselben dauern länger und setzen aller Behandlung, auch der Massage, einen stärkeren Widerstand entgegen. Man stelle deshalb, wie die Krankengeschichten zeigen, von vornherein eine 4—6wöchentliche Behandlung, welche allerdings späterhin nicht eine tägliche zu sein braucht, in Aussicht. Hier, wie bei den einfachen, nicht mit Lageveränderungen einhergehenden Erkrankungen des Wochenbettes ist das dankbarste Feld für die Massage; gerade bei solchen Kranken kann man mit ihr, nach oft vielfacher nutzloser örtlicher und Bäderbehandlung, vorzügliches leisten.

Schon weniger gelingt dies bei den Gonorrhoïschen!

Die Begleiterscheinungen und Nachkrankheiten der Tripperansteckung verhalten sich beim Weibe gleich denjenigen beim Manne. Bei glattem ungestörten Verlaufe tritt entweder eine entzündliche, gewebsverdichtende (cirrhotische) Reizung der Bindegewebslager unter der erkrankten Schleimhaut ein (Parametritis posterior, Paraurethritis), oder der Krankheitsverlauf geht (seltener!) auf die Schleimhaut des Uterus und der Eileiter über (= Ductus ejaculatorius und Nebenhoden) und führt zu schleichenden, chronischen, hartnäckigen in ihren Endwirkungen ernsten Katarrhen der betreffenden Schleimhäute. Beide Formen, an sich chronisch, können zu akuten, schweren Entzündungen entarten durch hinzutretende Schädlichkeiten, welche fast stets in Coitus oder Fehlern der Behandlung (z. B. Sondierungen, Druck mit zu grofsen Mutterspiegeln, zu frühe intrauterine Ätzungen) bestehen; bei dieser Gelegenheit bildet sich entweder akute Parametritis oder Pelviperitonitis. Erstere heilt, wenigstens meistens, ohne schwere Nachteile, letztere ist recht oft von zerstörendem Einflusse auf die Geschlechtsorgane des Weibes, heilt schwer und

hinterläſst langes Siechtum. Durch dieselben Schädlichkeiten vermischen sich oft beide Formen der Erkrankung, so daſs die Unterscheidung sehr erschwert werden kann. Die von uns hier angezogenen Fälle von Tripperansteckung gehörten zu denjenigen, bei denen glücklicherweise ein Übergang auf die höher gelegenen Abschnitte des Genitalschlauches nicht eintrat. War auch im ersten derselben (35) die frische Gonorrhoe nicht selbst gesehen worden, so war nach dem Befunde darüber doch kein Zweifel, die Beschränkung der Krankheit auf das Beckenbindegewebe war in Chlorformnarkose bestimmt festzustellen. Im zweiten Falle (36) konnte die gutartig verlaufende Anfangserkrankung und die Verschlimmerung durch Coitus selbst beobachtet werden; glücklicherweise blieb auch hier, wo bei ruhigem Verhalten glatte Heilung sicher gewesen wäre, die Entzündung auf das Beckenbindegewebe beschränkt. Diesem Umstande ist in beiden Fällen der Erfolg der Massage zuzuschreiben, und es bleibt nur als für Parametritiden auf Trippergrundlage eigentümlich zu erwähnen übrig, daſs sie recht hartnäckig sind und der Massage langen Widerstand entgegensetzen. Auch hierin gleichen sie den entsprechenden Verhältnissen beim Manne.[1] Nicht häufig liegen die Verhältnisse so günstig wie bei diesen zwei Frauen, trifft man sie aber derart, so ist mit Massage höchst Erfreuliches zu erzielen.

Wir hatten früher beobachtet (S. 63), wie die chronischen Entzündungen[2] und deren Reste in ihrem Verhältnis zur Massage und der Heilmöglichkeit durch dieselbe stark durch das Hinzutreten von Lageveränderungen beeinfluſst wurden. Gleiches gilt natürlich von denjenigen chronischen Beckenbindegewebsentzündungen bezw. Narbensträngen, deren Entstehung auf andersartige Infektion zurückgeführt werden muſs. Die Massage leistet bei denselben in der Heilung der Be-

[1] Über Tripperformen der chronischen Perimetritis s. S. 92.

[2] Auf Grund von Infektion im Wochenbett.

schwerden und in der Beseitigung des Krankhaften recht Gutes, wenn sie auch eine ideale anatomische Herstellung oft schuldig bleiben mufs:

37. Frau H., Kaufmannsfrau, Harburg. 36jährige zarte Dame, seit 5 Jahren verheiratet. Wegen Schmerzen bei der Regel und Unfruchtbarkeit war sie 1881 längere Zeit mit Sonden und Erweiterungsstäben behandelt worden und hatte dabei eine akute, fieberhafte »Unterleibsentzündung« von fast 6wöchentlicher Dauer ohne Eiterdurchbruch überstanden. Dysmenorrhoe seitdem noch stärker und länger anhaltend, in der Zwischenzeit Schwere im Leibe, Hängegefühl, Kreuzschmerz, geringer Weifsflufs. Aufnahme 9. 4 1883. Sehr hochgradige, spitzwinklige Vorwärtsknickung der Gebärmutter, Scheidenteil spitz, konisch, kurz, dünn, Körper des Organs dick, voluminös. Rechtes Beckenbindegewebe atrophisch verkürzt, so dafs der Fundus uteri stark verzogen ist, links flaches, breites, empfindliches Infiltrat. Geringe, dünneitrige Absonderung. Nachdem weder allgemeine Behandlung noch eine Soolbadekur nennenswerte Besserung gebracht hatte, Untersuchung in Narkose im Oktober 1883, welche freies Beckenbauchfell und normale Tuben ergibt. Auch die Eierstöcke erscheinen gesund, der rechte ist jedoch tief herabgesunken. 6 wöchentliche Massagekur, davon 3 Wochen täglich, führt zu völligem Schwunde aller Beschwerden, auch der seit vielen Jahren bestehenden Menstrualkoliken. Die Kranke blieb völlig gesund bis zu einer blenorrhoïschen Ansteckung im Jahre 1888. Jedoch gelang es nicht an der hochgradigen Anteflexion etwas zu ändern, auch die Rechtsverschiebung der Gebärmutter änderte sich nur unmerklich.

38. Frau H., 33 Jahre, Frau eines Handlungsgehülfen, verheiratet seit $2^1/_2$ Jahren, litt schon als Mädchen an heftigen Schmerzen bei der Regel und Weifsflufs. Vom Tage der Verheiratung an ständige Leibschmerzen, Dysmenorrhöe heftiger, bald dazu gelblicher Ausflufs, Kreuzschmerzen, im 3. Monat der Ehe 14tägiges Krankenlager mit Fieber. Beischlaf immer schmerzhaft, seit $^1/_2$ Jahr unmöglich. Verstopfung, Mastdarmdruck. Aufnahme 22. 7. 1884. Kleine schwächliche Frau, allgemein verengtes Becken,[1] hochgradige Retroversio uteri; höchst empfindliche, vorn sehr kurze, hinten straffgespannte Scheide; kleiner, spitzer Scheidenteil mit stecknadelkopfgrofser Öffnung dicht hinter der Schamfuge. Beckenbindegewebe beiderseits sehr empfindlich und dabei doch geschrumpft, hinter dem sehr tiefstehenden Fundus uteri eine breite Vernarbung zwischen Scheidengewölbe und dahinter gelegenem Mastdarm. Dünneitriger Ausflufs. Keine Anzeichen und Befunde von Tripper bei beiden Ehegatten. Eierstöcke und Eileiter frei (Narkose!). Nach längerer Vorbehandlung im November 1884 Massagekur. Zuerst passiv, Dehncylinder 5, $5^1/_2$, 6, dann aktiv (klinisch). Nach Lösung und Dehnung der Scheidenmastdarm-

[1] Nicht rhachitisch.

verwachsung unter Chloroform, 14tägige Zugdruckanwendung. Dann werden poliklinisch beide Verfahren vereint. Im Februar ist die Kranke schmerzfrei, die Verwachsung kaum noch angedeutet, die Gebärmutter allerdings steil retrovertiert, aber völlig schmerzlos frei beweglich, die Cohabitation kann ohne Beschwerde stattfinden. Nur Ausflufs und Regelschmerz sind noch vorhanden. Juli 1885 Discisio bilateralis mit Umsäumung, nebst Ausschabung der Gebärmutter. Darnach völlige Herstellung. Januar 1886 Empfängnis; hat seitdem 2mal geboren; die Rückwärtsneigung beansprucht in der Schwangerschaft kein Pessarium und kehrt jedesmal, jedoch völlig beschwerdelos, nach dem Wochenbette wieder.

Es fanden sich also bei beiden Frauen neben chronischen Entzündungsvorgängen im Beckenbindegewebe Lageveränderungen der Organe, welche der eingeschlagene Heilweg zu bessern und auf die Dauer beschwerdelos zu machen, nicht aber völlig zu heben imstande war.

Der letzte Fall ist von besonderem Interesse, denn es war hier die Rückwärtsneigung der Gebärmutter jedenfalls das Primäre, sei es angeboren, sei es auf Grund von Entwickelungshemmung. Krankheitsfälle dieser Art bilden den Übergang zu denjenigen Formen der chronischen Beckenbindegewebsentzündung, welche sich nicht an akute Exsudate bezw. Phlegmonen anschliefst, sondern eine Krankheit für sich als *chronische Parametritis atrophicans* bildet.

Wir verdanken W. A. Freund[1] die klassische, leider bei weitem nicht genug verbreitete Schilderung und Darlegung dieser Krankheitsvorgänge auf anatomischem und klinischem Gebiete. Die Schwierigkeiten auf dem letztern, da nur selten Gelegenheit wird, unsere Anschauungen durch Sektionsbefunde zu begründen, sind weitaus gröfsere, als auf dem erstern. Halten wir uns, wenngleich jeder bei seinen Erfahrungen auf einem so schwierigen Gebiete zu subjektiven Abweichungen geneigt ist, an die Auffassung Freunds, so ist eine umschriebene Form von einer diffusen zu unterscheiden.

Die *Parametritis atrophicans circumscripta* ist ursächlich

---

[1] W. A. Freund, *Gynäkologische Klinik*, Bd. I. 239 ff.

und feinanatomisch-histologisch vielleicht wesentlich von derjenigen chronischen Parametritis unterschieden, welche sonst im Gefolge abgelaufener Entzündungen auftritt; aber für die klinische Auseinanderhaltung durch die Betastung und daran anschliefsend für die Heilversuche ist eine Sonderung nur selten möglich! Allerdings fehlt die voraufgehende akute Krankheit; allein, wie ja auch Freund schildert, wenn man zurückforscht, so wird sie entweder nachgewiesen[1], oder es finden sich schwere, chronische Läsionen an einem der Nachbarorgane, welche das allmähliche Eindringen der Entzündungserreger auf das umgebende Bindegewebe[2] und deren zerstörende Wirkung erklären.[3] Zugegeben nun, dafs für die Erkenntnis des Leidens kein wesentlicher Unterschied, ob akutes Kranksein vorausging oder nicht, bestehe, so ist doch, und auch darin kann man nur Freund Folge leisten, ein solcher für die Prognose vorhanden. Die Heilung der chronischen Parametritis nach akuten Erkrankungen ist eine bedeutend aussichtsvollere; je länger aber eine etwaige Herderkrankung zeitlich zurück liegt, je weiter örtlich entfernt sie vom atrophischen Bindegewebsstock sich befindet, um so schlechter gestaltet sich die Vorhersage. Auch mit der Massage kann man weitaus weniger ausrichten, als in den Fällen von chronischer Parametritis nach akuten Entzündungen. Immerhin verzeichnet man mittels derselben eine Reihe Heilungen und, wenn nicht diese, be-

---

[1] Schwere Erkrankungen im Kindesalter. Es sei hierbei bemerkt, dafs besonders in den Leichen von Scharlach- und Diphtheritiskindern sich recht häufig pelviperitonitische Auflagerung und Verlötung, ganz gewöhnlich aber starke Ovarialtrübung, Schwellung und Follikelbildung findet.

[2] Chronische Ulceration in Blase und Mastdarm, besonders in letzterem nach Dysenterie oder bei Lues bezw. Gonorrhoe.

[3] Vergleicht man die Arbeiten W. A. Freunds mit denen Anderer, insbesondere Ziegenspecks, (Arch. f. Gyn. Bd. 31.) so erklärt sich, dafs vorerst eine Trennung dieser Erkrankungsformen durch Palpation bei der Mannigfaltigkeit der Befunde noch kaum Aussicht auf Erfolg hat und dafs wir deshalb auf den induktiven Weg der Anamnese bezw. der Vorbeobachtung angewiesen bleiben.

friedigende symptomatische Erfolge, welche recht wohl zu weiterer Prüfung auffordern.[1]

39. Frau H., 34jährige Kaufmannsfrau, in Bangkok seit 13 Jahren verheiratet. 3 normale Entbindungen. Kinder und Mann gesund. Vor 2½ Jahren starke Dysenterie. Seitdem fortdauernd elend und mit Leibschmerzen behaftet. Verstopfung mit Schmerzen bei und nach jedem Stuhlgang, zeitweise Schleimabgang aus dem Mastdarm. Erst sehr starke, jetzt schwache, sehr schmerzhafte Regel, dünngelblicher Ausflufs, Schwere- und Dranggefühl im Leibe, Dysurie, Kräfteverfall, hochgradige Abmagerung, mäfsige hysterische Erscheinungen der spinalen Form. Aufnahme 1. 5. 1884. Grofse, schlanke, abgemagerte Frau. Lunge, Herz, Leber gesund. Urin sehr konzentriert und harnsäurereich, sonst gesund. Mäfsige Baucherschlaffung. Starke venöse Überfüllung des Mastdarms ohne eigentliche Hämorrhoiden, geringe Proktitis, kein Geschwür, hingegen links oben eine zweimarkstückgrofse, ein Drittel des Rektum umfassende, strahlige Narbe; oberhalb derselben ist das Lumen entsprechend eingeengt. Narbe selbst höchst empfindlich. Von der Narbe ausgehend derbe Periproktitis, welche das betr. Mastdarmstück unbeweglich gemacht und fest mit der oberen Scheide verlötet hat. Cervix durch Schrumpfen des linken Scheidengewölbes weit nach links oben verzogen, geringe Erosion, starke venöse Blutfülle; linker Eierstock klein, hochstehend, empfindlich, am Beckenrande befestigt. Rechte Seite frei, Eierstock grofs, etwas gesunken. Eine achtwöchentliche Moor- und Soolbadekur mit folgendem Gebirgsaufenthalt bessert die allgemeinen Erscheinungen beträchtlich; an den örtlichen Beschwerden ändert sich wenig und im Herbst treten dieselben wieder so stark hervor, dafs die Errungenschaft der Bäder verloren geht und die Kranke wieder verfällt. 7 wöchentliche klinische Massagebehandlung in Verbindung mit einer Mastkur. 3½ Wochen tägliche Beckenmassage, aktiv und passiv kombiniert, dann aktive nur noch zweitägig. Es gelingt der atrophierenden Parametritis der linken Seite Einhalt zu gebieten, die Periproktitis wird gänzlich beseitigt, der Uterus wird normal gestellt und beweglich, die Stuhlentleerung tritt von der 5. Woche an spontan und schmerzlos ein, die Regel wird kräftig, nur die Befestigung des Eierstockes links bleibt bestehen. Die Gewichtszunahme beträgt 9½ Kilo. Die Patientin blieb, völlig gesund, bis Herbst 1885 in Europa, ging dann zurück, wurde nach 8jähriger Pause drüben sofort schwanger, ging aber leider im Wochenbette septisch zu Grunde.

40. Frau B., 30jährige Arbeiterfrau. Kleine, rhachitische Person, rhachitisch plattes Becken. Vor 2 Jahren schwere Zange bei der ersten Entbindung. Völliger Dammrifs; kein Fieber; jedoch wurde sie lange im Wochenbette katheterisiert (Hebamme), dann Blasenkatarrh und Incontinenz. Aufser den Beschwerden des Mastdarmdammrisses Schmerzen beim Urinieren, ständige

[1] Auch die operativen Methoden, selbst die radikalsten, bieten auf diesem Gebiete bekanntlich wenig Dauererfolge und bereiten Enttäuschungen.

ziehende Schmerzen in der Richtung von der rechten Niere zur Blase, sehr heftige Dysmenorrhoe,[1] schwache Monatsblutung. Es findet sich bei der Aufnahme am 2. 3. 1886 neben dem Dammrisse eine Paracystitis chronica dextra mit Narbenschrumpfung des rechten Beckenbindegewebes; Ureter bezw. ein Teil der Blase gegen die Schamfuge befestigt, Rückwärts- und Linkslagerung der atrophischen, dünnen Gebärmutter. Rechter Eierstock hochstehend, klein; linker herabgesunken. Es wird hier auf Grund eines früheren Mifserfolges in ähnlichem Falle[2] die Massagebehandlung der operativen vorausgeschickt. Nach 5 wöchentlicher fast rein ambulatorischer Behandlung (Streichung, Zugdruck, Dehncylinder), sind die Blasenbeschwerden beseitigt, die Stellung der Gebärmutter ist zu einer geringgradigen beweglichen Retroversio umgewandelt, der Harnleiter ist frei und die strahlige Narbe des rechten Parametrium ist so gedehnt, dafs sie nicht mehr nachweislich erscheint. Nach weiteren 2 Wochen Dammplastik mit Katgut nach Schröder. Die Frau ist bis jetzt ganz gesund und hat im April 1889 geboren.

Diese beiden Krankengeschichten, ziemlich schwere Typen der umschriebenen Form schrumpfender, chronischer Entzündung des Beckenbindegewebes ohne vorhergehende Phlegmone, zeigen, dafs auch auf diesem sonst sehr unzugänglichen Gebiete mit der Massage etwas geleistet werden kann. Mufs ich auch offen zugeben, dafs in einzelnen ähnlichen Fällen die Enderfolge geringere gewesen sind, so habe ich doch stets eine Herabminderung der Beschwerden bei den Kranken gesehen, nachdem weder von Andern noch von mir durch sonstige Heilbestrebungen etwas erzielt worden war.

Völlig verschieden von dieser umschriebenen Parametritis ist die *Parametritis atrophicans diffusa.*[3] Wie jedem Frauenarzte sind auch mir eine Reihe von Kranken zur Behandlung gekommen, welche mit diesem schweren Leiden behaftet waren. Die ausgesprochenen Formen desselben verdienen wohl mehr als Ausdruck einer Gesamterkrankung des Körpers (Konstitutionsanomalie) bezeichnet zu werden, denn als ört-

[1] Bei beiden Frauen, Fall 39 u. 40, hatte früher niemals Dysmenorrhoe bestanden!

[2] Wir hatten in einem ähnlichen früheren Fall erst die Dammplastik gemacht; nachher boten sich der Massagebehandlung grofse Schwierigkeiten dar.

[3] Ich verweise hier ganz auf die klassische Schilderung Freunds.

liches Leiden. Es ist mir nicht gelungen mit Massage einen Heilerfolg von irgendwelchem Belang zu erzielen. Überhaupt erreicht man bei diesen, meistens mit schwerer Hysterie oder Seelenverstimmung oder Masturbation belasteten Kranken noch am ehesten Linderung und Besserung, wenn man sich örtlicher Mafsnahmen gänzlich begibt und sich auf Allgemeinbehandlung, und zwar soweit es angeht in Anstalten, beschränkt.

Verweilen wir bei Schlufs dieses Abschnittes kurz bei den *Mischformen* von chronischer *Parametritis* und *Perimetritis* so genüge hier die Andeutung, dafs wir dieselben stets der Perimetritis zugerechnet haben. Wenn auch für viele Fälle zuzugeben ist, dafs die Krankheitserscheinungen von Seiten des Beckenbindegewebes heftigere sein können, als von Seiten des Beckenbauchfelles, so ist für die Vorhersage und namentlich die Behandlung, vollends diejenige mit Massage, letzteres doch das weitaus mafsgeblichere und am ehesten zu berücksichtigende (s. S. 93.).

Fassen wir jetzt zusammen, was die Massage bei den chronischen Entzündungen im Beckenbindegewebe zu leisten vermag, so ergibt sich:

Zur Heilung der Reste und Folgezustände akuter Entzündungen des Beckenbindegewebes, sowie der als selbständige Krankheit auftretenden chronischen umschriebenen Schrumpfung desselben ist die Massage ein vorzügliches Mittel. Dieselbe übertrifft an Einwirkung auf den örtlichen Befund und Dauer des Erfolges alle uns bisher zur Verfügung gewesenen Arten der Behandlung.

Die Gymnastik ist dabei durchaus entbehrlich; die Zuhilfenahme bewährter erweichender oder stärkender Mittel unsres Heilschatzes, insbesondere von Bädern ratsam; wo die Mittel fehlen, genügt die aktive und passive Massage auch allein völlig. — Die besten und schnellsten Erfolge erzielt man bei den Folgezuständen von Wochenbettserkrankungen; die Krankheitsformen auf andrer ursächlicher Grundlage beanspruchen

twas längere Zeit, ebenso das Zusammentreffen mit Lageveränderungen der Organe, besonders mit Rückwärtsabweichungen der Gebärmutter.

Die Anwendung der Massage für diese Formen von Kranksein ist — genaue Erkenntnis des Zustandes vorausgesetzt — technisch leicht. Bei einiger anfänglicher Vorsicht läfst sich dieselbe schon nach kurzer Zeit ohne Berufsstörung der Frauen durchführen. Sie eignet sich dieserhalb von allen Massageformen am ehesten zur Einführung in die Thätigkeit des praktischen Arztes.

c. Die Perimetritis chronica.[1]

Die Entzündungen des Beckenbauchfelles stellen Erkrankung einer serösen Membran dar im Gegensatze zur Erkrankung von Bindegewebe bei Parametritis. Auf diesem grundlegenden anatomischen Unterschied beruht es, wenn wir für eine Heilbestrebung, wie die Massage, bei dieser Krankheitsform zu ganz anderen Schlüssen gelangen werden.

Die Pelveoperitonitis entsteht, mit geringsten und auch dann nicht zweifellosen Ausnahmen[2], durch das Eindringen von Entzündungserregern;[3] dasselbe erfolgt meist direkt durch eine vorhandene oder frisch entstandene Öffnung, seltener indirekt, weil dagegen durch reaktive Entzündung des unterliegenden Bindegewebes meist ein natürlicher Schutzwall sich bildet.

Die Formen, der Verlauf und die Ausgänge der Entzün-

[1] Es ist hier mit Absicht der Ausdruck Perimetritis statt Pelvi- oder Pelveoperitonitis als Gegensatz zu Parametritis beibehalten worden, und wird damit die Gesamtheit der entzündlichen Zustände im Beckenbauchfelle einschliefslich der Eileiter- und Eierstocksbeteiligung bezeichnet.

[2] z. B. Berstung von Blutsäcken.

[3] Dieselben brauchen natürlich nicht rein bakterielle zu sein, sondern können bei einer serösen Membran auch chemische oder physikalische Natur haben.

dung des Beckenbauchfells scheiden sich je nach der Art oder nach der Menge der Entzündungserreger, ferner nach der Örtlichkeit, von der sie eindringen, und recht gewöhnlich darnach, ob damit ein Trauma (bezw. Berstung, Durchbohrung) verbunden ist oder nicht, d. h. also nach der Schnelligkeit der Ausbreitung.

Dieselbe ist eine der häufigsten Erkrankungen des weiblichen Geschlechtes[1] und schwankt nach Mafsgabe des oben erwähnten von den geringsten, umschriebenen Reizzuständen bis zur schnell zum Tode führenden Form.[2] Die von Anbeginn akuten Formen gehen fast stets in chronische über, die Vorgänge der Naturheilung sind langsame und mit wenigen Ausnahmen bleiben einige dauernde Veränderungen zurück. Dementsprechend finden wir bei der chronischen Form der Perimetritis einen Wechsel von der leichtesten, dünnsten Verklebung bis zur schweren, untrennbaren Verwachsung und dicksten Schwarte.

Für jede Behandlung, und für Massage vor allem, bildet auch bei dieser Krankheitsform die Entstehung und die Art des Verlaufes die wichtigste Handhabe; erst in zweiter Linie tritt die Örtlichkeit, allerdings mitunter entscheidend, hinzu. Bei den bisher üblichen Arten der Therapie beschränkten wir uns entweder auf allgemeine Mafsnahmen (Ruhe, Bäder) oder auf örtliche Behandlung ohne direkte Einwirkung auf das Beckenbauchfell (z. B. Jodpinselungen, Blutentziehungen). Daran reihten sich direkte Eingriffe entweder durch Sprengung von Verwachsungen und erzwungene Normallagerung von Organen (meist in Chloroformnarkose) oder durch Operationen, bei denen der ursprüngliche Krankheitsherd thunlichst entfernt bezw. unschädlich gemacht und dessen Folgezustände im Beckenbauchfelle möglichst zugleich mitbeseitigt wurden.

---

[1] Winckel (*Lehrb. d. Frauenkrankh.* S. 714), sagt gewifs nicht zuviel, wenn er bei mehr als 1/3 aller Sektionen pelviperitonitische Zustände fand; in praxi kann man dieselben auch bei mindestens 1/5 aller Kranken nachweisen.

[2] Vergl. hierüber die einschlagenden Kapitel der neuern Lehrbücher.

Der Versuch, in dieses Gebiet Massage einzuschalten, mufste bezwecken, die ungenügenden Erfolge der allgemeinen und nicht operativen Lokalbehandlung zu verbessern und obendrein noch, ohne die mit Operationen verbundene Gefahr, annähernd gleich Gutes an Erfolg zu erreichen, als wir zweifellos im letzten Jahrzehnt auf chirurgischem Wege aufweisen konnten.

Und wenn die Massage auch letztere Anforderung nicht voll zu erfüllen imstande war, denn so radikal wie die des Messers kann ja die Wirkung nicht sein, so mufste doch wenigstens mehr erreicht werden als bisher, unter Umgehung derjenigen üblen Folgen, welche auch nach Operationen nicht ausbleiben (Verklebungen, Stielentzündungen, Bauchbrüche).

Sicherlich enthält nun ein Versuch, Massage in die Behandlung der Beckenbauchfellentzündung auf eben bezeichneter Zweckrichtung einzuführen, viel Verlockendes. Dem stehen aber zugleich ernste Erwägungen entgegen. Sowohl die an akute Entzündung sich anschliefsenden, als die von Anbeginn chronischen Perimetritiden neigen zu Abkapselungen von Entzündungserregern aller Art, welche lange verborgen und selbst dem Gefühle — auch in Narkose — unzugänglich bleiben können; einzelne führen zum Abschlufs von sonst bestehenden Öffnungen mit Bildung eines Naturschutzes gegen drohendes Eindringen entzündlicher Stoffe in das Bauchfell (Eileiterverschlufs). Eine Verletzung solcher Stellen kann höchst bedrohliche Krankheit erzeugen. Ferner bilden sich Verlötungen und Verwachsungen mit Organen, welche bei irgendwelcher unvorsichtiger Handhabung leicht geschädigt werden, eventuell auch mit schweren Folgezuständen (Netz-, Darm-, Blasen-, Harnleiterverwachsungen). Endlich paart sich die Schwierigkeit der Erkenntnis des Einzelfalles auch bei grofser Sorgfalt, Heranführung aller Hilfsmittel und genügender Übung mit einer hochgradigen Empfindlichkeit aller in diese Entzündungsvorgänge hineinbezogenen Organe und Organteile. Diese Bedenken sind be-

deutend genug, um — ganz abgesehen vom Zuge der Zeit — Viele das chirurgische Eingreifen vorziehen zu lassen, und die Berechtigung dazu, schon um der gröfseren Klarheit willen, welche erreicht wird, liegt zu Tage.

Allein leider befriedigt der chirurgische Weg im Enderfolge[1] nicht immer und noch öfter bleibt er uns aus verschiedenen Gründen verschlossen. Es mufs darum als mindestens gleichberechtigt erscheinen, einen Massageversuch unter Einhaltung bestimmter Vorsicht und geeigneter Individualisierung an Stelle operativer Eingriffe zu setzen oder wenigstens selbigen vorauszuschicken.

Wir befinden uns hier entschieden auf einem der streitigsten Gebiete der Gynäkologie, und erst eine vieljährige Nachbeobachtung sowohl der chirurgisch, als der mit konservativen Methoden behandelten Frauen wird einen Ausschlag nach einer der beiden Richtungen geben, oder, was wahrscheinlicher ist, die Grenzlinien beider bestimmter abstecken.

Für jetzt habe ich mir nach der bisherigen Erfahrung von 7 Jahren auf dem Gebiete der Massage im Vergleiche mit den Ergebnissen und Beobachtungen an nahezu 200 Bauchschnitten, welche annähernd denselben Zeitraum ausfüllen und genügend Gelegenheit boten, die Verhältnisse chronischer Beckenbauchfellentzündung zu studieren, die Anzeigen in folgender Weise gestellt:

Ich trete an die Massage heran, die Einteilung ähnlich wie bei der Parametritis chronica innehaltend, zunächst bei denjenigen Formen, welche einer akuten Erkrankung gefolgt

[1] Es wird hier von den operativen Gefahren abgesehen; dieselben sind, wenn auch gering, vorhanden; Gleiches gilt aber von Massage. Aber gerade nach der Laparotomie bei chronischer Pelviperitonitis erlebt man recht häufig Verwachsungsbeschwerden und kleine Rückfälle und dazu gesellt sich immer wieder der ja nicht zu unterschätzende Eintritt eines Bauchbruches. Manchmal kommt er erst nach längerer Zeit; die Beschwerden desselben übertreffen leicht diejenigen der früheren Krankheit, und bei den zahlreichen operativen Versuchen dagegen ist noch nicht viel Segensreiches herausgekommen.

sind, mit der Unterscheidung puerperaler und nicht puerperaler Entzündung. Weiterhin haben wir Versuche mit derselben gemacht, auch bei den von Anbeginn chronischen schleichenden Formen der Perimetritis. Thunlichst umgangen wurden dabei schwerere Tripperfälle und die Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose).[1] Die bei der Parametritis chronica charakteristische Unterscheidung von einfachen und mit Lageverschiebungen der Organe einhergehenden Formen von Erkrankung tritt für das Beckenbauchfell zurück, da die letzteren ja hier geradezu die Regel, unkomplizierte Fälle die Ausnahme bilden.[2]

Für beide Arten der Entstehung chronischer Entzündung ist (mir!) Massagevorbedingung, dafs kein gröfserer Exsudatrest irgendwo nachweisbar ist. Bei Schwellungen der Eierstöcke und Eileiter gröfseren Umfangs unterbleibt sie gleichfalls oder geschieht nur mit langsamem Fortschreiten in streng klinischer Behandlung. Dem Massagebeginn wird nahezu ausnahmslos eine Untersuchung in Chloroformnarkose voraus geschickt. Besondere technische Abweichungen (wie Zirkelreibung, Tubenrollen, Mahlen)[3] werden nicht gemacht, mit den früher geschilderten, je nach der Art des Falles von Mastdarm oder Scheide oder Bauch her wirkenden Verfahrungsweisen und mit Zuhilfenahme der passiven Massage kommt man aus.

Am ehesten wird sich über die Art von Behandlung und Erfolg ein Bild aus einer Anzahl von Krankengeschichten entwerfen lassen.

Wir wählen, hier gleichfalls an die frühere Einteilung uns möglichst anlehnend, zunächst einige einfache Fälle im

[1] Man könnte versuchen, auch eine Einteilung nach der Hauptörtlichkeit der Erkrankung, z. B. Eileiter, Eierstock, Douglasraum etc. zu machen, das würde aber keine klare Übersicht geben.

[2] Natürlich kommen reichlich auch solche einfache Fälle vor, allein sie verursachen geringe Beschwerden und führen selten zu energischerer Behandlung.

[3] Vgl. die Schrift Th. Brandts.

Anschlusse an Wochenbetterkrankung aus. Soweit als möglich sind alle folgenden Krankengeschichten dem beobachteten Materiale so entnommen, dafs sie von Anbeginn der Beckenbauchfellentzündung selbst beobachtet wurden oder dafs wenigstens sonst an der früheren Diagnose Anderer kein Zweifel bestehen konnte.

41. Frau Th., 26 Jahre alt, Tischlersfrau, machte im Anschlufs an eine Placentarlösung abseiten einer Hebamme im Juni 1882 eine schwere, septische Pelviperitonitis durch. Dieselbe begrenzte sich nach einigen Tagen — ich behandelte die Frau vom 4. Tage nach der Geburt an — und brach in der 4. Woche ziemlich hoch im Darm[1] durch. 5wöchentliche Eiterung. Spontane Heilung; Besuch des Soolbades Oldesloe. Nach vorübergehendem Wohlbefinden von einigen Monaten kam sie Anfang 1883 wieder in Behandlung Ständige Schmerzen rechts im Leibe, Druck auf den Mastdarm, Verstopfung, Blähsucht, Übelkeit, Dysurie. Befund (Narkose): Geringe vordere Scheidensenkung, steile Retroversio mit Rechtslagerung, flache, hochsitzende Exsudatreste links von der Gebärmutter, geringe Tuboovarialgeschwulst. Massageversuch, geringe Fiebersteigerung ohne Eiterabsonderung; Behandlung einstweilen aufgeschoben. Moorbäder in Oldesloe; nur geringe Besserung der Klagen. Im Herbst abermals Massage versucht; dieselbe wird gut vertragen. Nach 14 täglichen Sitzungen schwinden die Beschwerden, nach weiteren 10 zweitägigen wird die rechte und linke Seite frei, die Gebärmutter beweglich; die Schwellung und Verdickung derselben nimmt mefsbar ab, (Sonde von 10½ auf 8 cm herabgehend), die begleitende katarrhalische, dünneitrige Absonderung verliert sich ohne intrauterine Mafsnahmen, die Retroversion mit einer flächenhaften Verwachsung (mit Darm oder Netz) bleibt völlig beschwerdelos bestehen. Die Kranke ist gesund bis jetzt, hat nicht wieder geboren.

42. Frau W., 29 jährige Kontoristenfrau, kam im November 1885 in Behandlung. Sie hatte vom 3. Tage des jetzigen 3. Wochenbettes an riechenden Ausflufs gehabt, und die Hebamme hatte ihr ohne ärztliche Verordnung Ausspülungen der Scheide zweimal am Tage mit ziemlich heifsem, angeblich 2%igen Karbolwasser gemacht. Am 5. Tage, kurze Zeit nach der mit hohem Drucke ausgeführten Irrigation, heftige linksseitige Leibschmerzen, schnell zunehmende Bauchauftreibung, Fieber, Erbrechen, Karbolharn. Die linksseitige Beckenbauchfellentzündung beschränkt sich nach 2 Tagen eines höchst bedrohlichen mit Delirien und Durchfällen verbundenen Verlaufes (wahrscheinlich durch eine Netzbeckenverwachsung) und heilt unter Resorption in 5 Wochen. Nach dem Aufstehen Gebärmutter nach links und hinten befestigt, kleine Exsudatreste um Eierstock und Tube links; Sitzbäder. Erst nach einem Jahre sah ich die Frau wieder (29. 12. 1886). Nachdem es ihr einige Zeit gut gegangen war, stellten sich nach und nach ziehende Schmerzen

[1] Durchbruchstelle auch unter Chloroform nicht erreichbar.

im ganzen Leibe mit Ructus und Singultus, besonders nach den Mahlzeiten ein, dazu links Interkostalneuralgie. Durchfall mit Verstopfung wechselnd; Mastdarmdruck; geringer, aber fressender Weifsflufs, Schmerzen und Erbrechen nach Coitus; geringe, aussetzende Regel, Kreuzschmerz mit Zwang vornüber gebückt zu gehen. Befund (Narkose): geringe Leibauftreibung; schlaffe Bauchdecken; starkes Auseinanderweichen der Recti, rechtsseitige Nierenverschieblichkeit. Links am Beckenrande und nach dem Douglas hin befestigte Retroflexio uteri; kleine umschriebene, sehr empfindliche Schwellung um den linken Eierstock herum; geringe eitrige Cervixabsonderung. Gebärmutterkörper klein, vom Mastdarm her als hoch oben mit demselben flächenhaft verlötet fühlbar. Der Versuch lediglich durch Bäder, Diät und eine (Landausche) Leibbinde Abhülfe zu schaffen, scheiterte. Deshalb Massagekur im März 1887. Von der Scheide aus ist die Empfindlichkeit der linken Seite so grofs, dafs die ersten 2 Wochen nur vorsichtig vom Mastdarm aus massiert werden kann; inzwischen bessert sich diese Schmerzhaftigkeit durch nächtlichen Gebrauch von Dehnkugeln, welche mit Belladonnavaseline überstrichen werden. Nach einer Gesamtbehandlung von 6 Wochen, vorwiegend Zugdruck, ohne andere Nebenbehandlung, ist die Frau aller Beschwerden ledig, geht gerade, verdaut gut und regelmäfsig, hat den Ausflufs verloren, ist frei von Auftreibung des Leibes. Objektiv sind beide Seiten des Beckens ohne Entzündungsreste; Verkürzung des linken breiten Mutterbandes und geringe Eileiterschwellung besteht noch. Der Uterus ist nur steil rückwärts geneigt, genügend beweglich, die flächenhafte Verlötung nach der Serosa recti besteht noch. Der Befund ist bis jetzt ohne Rückfall der gleiche; keine Empfängnis.

Wir sehen durch diese zwei Kranken zwei verschiedenartige Ansteckungen im Wochenbette dargestellt. Einmal eine echte septische Infektion bei der Entbindung mit späterem Eiterdurchbruch, wahrscheinlich von einer mit dem Darm verlöteten Pyosalpinx ausgehend, das anderemal eine schwere Erkrankung durch eine jedenfalls direkt in die Gebärmutter erfolgte Karbolspülung, bei welcher entweder durch eine Wanddurchbohrung oder durch die Eileiter lochiale Absonderung in die Bauchhöhle gelangte. Es spricht der gutartige Verlauf, nach Ablauf der dem Karbol zuzuschreibenden Symptome, dafür, dafs im Wochenflusse keine bösartigen Keime gewesen sind. Nach Abheilung der ernsten Erscheinungen stellt sich bei beiden Frauen allmählich ein Siechtum ein, welches auf Folgezustände der Entzündung zurückgeführt werden mufs.

Es gelingt in beiden Fällen mit Massage Heilung herbeizuführen, nicht jedoch, ohne im ersten Falle beim Beginne derselben durch erneuten Schmerz mit Fieberbewegung eine Warnung zu erhalten, wie lange die Reste entzündlicher Ablagerungen frisch infizierend wirken können. Bei beiden Frauen erreicht man es nicht, gänzlich ideale Verhältnisse herzustellen, denn geringe Rückwärtsneigung der Gebärmutter mit flacher Verlötung ist geblieben und Empfängnis nicht eingetreten. Allein hierin mufs man sich bescheiden; es dürfte kein Verfahren heutzutage geben, auch ein operatives nicht, welches ohne sonstige üble Nebenwirkung mehr als andauerndes, völliges Wohlbefinden aufzuweisen imstande wäre.

Um bei denjenigen Formen chronischer Perimetritis, welche auf akute Erkrankung in nicht puerperalem Zustande zurückzubeziehen waren, diagnostisch völlig sicher zu gehen, sind 2 Frauen gewählt worden, welche im Anschlusse an von uns selbst vollzogene Bauchschnitte pelveoperitonitische Entzündung durchmachten.

43. Frau B., 40jährige Maklersgattin, kommt im Frühling 1885 in Behandlung wegen faustgrofsen Vorderwandfibroms. Nach einem Jahre erfolgloser Bemühungen gegen die Blutungen und Blasenkompression im Mai 1886 Kastration. Glatte Operation. Verlauf vom 3. Tage an durch einige kleine abendliche Temperatursteigerungen ohne wesentliche Pulserhöhung und durch Ischurie gestört. Nach dem ersten Stuhlgange (am 6. Tage auf Ricinusöl) stärkere Schmerzen nach dem Mastdarm hin, ohne weiteres Fieber. Es zeigt sich hinter dem Uterus eine kleinfaustgrofse, elastische Geschwulst, jedenfalls eine abgesackte Blutung.[1] Die Kranke blieb statt 2 Wochen 23 Tage liegen; in dieser Zeit trat bis auf einen daumendicken Rest Aufsaugung ein.

Schon bei der Entlassung fiel auf, dafs die natürlich noch fibrombelastete Gebärmutter, früher stark nach vorn geknickt, eine steile Rückwärtstellung einnahm. Die Geschwulst schrumpfte sehr schnell, damit zugleich aber bildete sich immer mehr eine Retroflexion aus. Dieselbe war oberhalb des Schcidenteil-

---

[1] Die Quelle derselben war wohl in einer Nachblutung zu suchen. Es wurden damals die ersten Versuche gemacht, intraabdominal mit Katgut abzubinden; ein Faden war gerissen, und bei Durchführung des zweiten durch das Ligament wahrscheinlich nicht derselbe Kanal gewählt worden, so dafs ein Nachsickern von Blut eintrat.

ansatzes mit dem hinteren Beckenbauchfell fest verklebt und machte der Kranken von Monat zu Monat mehr Beschwerden. Harndrang, Darmdruck; Schmerz bei Stuhlgang, Arbeit, Beischlaf; heftige Kreuzschmerzen. Einfache Behandlung mit Bädern, Tampons, auch Pessarien nützte nichts. Eine Massagekur wurde hierauf im Januar und Februar 1887 versucht und brachte nach 6 Wochen völlige Herstellung. Vom Mastdarme aus gelang es, die Verlötungen mehr und mehr zu dehnen, den inzwischen ganz atrophisch gewordenen Uterus zu heben und beweglich zu machen, so dafs er jetzt in geringer Rückwärtsneigung liegt, sowie sämtliche Beschwerden zu beseitigen. Erst nach dieser Behandlung blühte die früher sehr herabgekommene Frau, welche oft geäufsert hatte, dafs sie lieber die Blutverluste behalten hätte, als die heftigen Plagen nach der Operation, auf, wurde stark und ist gesund bis jetzt.

44. Frl. S., 22jährige Stickerin, wurde am 22. 10. 1887 wegen einer übermannsfaustgrofsen, rechtsseitigen Dermoïdcyste, welche eine 2 fache Axendrehung erlitten hatte, ovariotomiert. Ein Teil der Cyste rifs ein, und zwar gerade derjenige, welcher infolge der Axendrehung in beginnender Vereiterung war. Sorgfältige Bauchreinigung. Normalverlauf bis zum 11. Tage; es war jedoch schon auffällig, dafs bei der Abahme des Verbandes am 8. Tage 3 Stichkanäle, ohne jede Fieberbewegung, vereitert waren.

Vom 11.—18. Tage Temperatursteigerung bis 39,6° (Rektum)[1] und Pulsfrequenz bis 116. Rechtsseitige Schmerzen, Harnverhaltung. Gutapfelgrofses, pelviperitonitisches Exsudat rechts um die Abbindungsstellen herum. Unter Ruhe und Eis Rückbildung. Aufgestanden nach 26, entlassen nach 32 Tagen. Eine Rückwärtsneigung der Gebärmutter hatte schon vor der Operation auf rein mechanischer[2] Grundlage bestanden; bei dem Bauchschnitte legte sich das Organ nach Abtragung der Geschwulst sofort in Anteflexion, und konnte der Vorgang den an der Operation Teilnehmenden sehr deutlich gezeigt werden. 2 Monate nach der Entlassung kam die Patientin mit vielen rechtsseitigen Schmerzen, Harnzwang, Blähungen, Magendrücken wieder und zeigte eine durch starke Verlötungen nach rechts hinten gezogene, geschwollene Gebärmutter. Es wurde hier sogleich in Verbindung mit Sitzbädern Massage geübt; zweimal mufste sie wegen Schmerzhaftigkeit auch bei gröfster Sorgfalt, aber ohne Fieberanzeichen, um je eine Woche verschoben werden; alsdann gelang es von Scheide und Mastdarm aus die Verwachsungen zu dehnen, die Knickung zu heben, eine geringe Anteversio uteri herzustellen im Verlaufe von 5 Wochen, lediglich mit aktiver Massage. Das meiste geschah vom Rektum her, weil in die jungfräuliche Scheide möglichst wenig eingegangen werden sollte. Im Herbst

[1] Die Ursache ist nicht ganz klar; da primäre Infektion bei der Operation ausgeschlossen sein dürfte, kann am ersten ein Fehler an dem Katgut oder wahrscheinlicher das Zurückbleiben von Keimen in den abgeschnürten Teilen der vereitert gewesenen Geschwulst in Frage kommen.

[2] Verdrängung abseiten der Geschwulst.

1888 verheiratete sich die bis dahin gesund gebliebene Kranke und ist jetzt schwanger bei richtig gelagerter Gebärmutter.

Umschriebene Entzündungen des Beckenbauchfelles nach Laparotomien auch bei sorgsamster Technik sind durchaus nichts aufsergewöhnlich Seltenes. Meistens aber kommen sie doch bei schweren Fällen vor, die viele Unter- bezw. Abbindungen beanspruchten, oder bei Salpingotomien mit eitrigem Eileiterinhalt. Unter solchen Verhältnissen ist das Beckenbauchfell schon lange vor der Operation krank, wir haben schon mit chronisch-peritonitischen Zuständen zu kämpfen, und wenn der Verlauf nicht immer völlig glatt ist, so liegt es nicht in unserer Hand, dies gänzlich zu verhüten. In beiden vorliegenden Fällen aber war das Beckenbauchfell noch unversehrt[1], und deswegen konnten sie als Typen einer frischen Entzündung gelten. Im übrigen sprechen beide so für sich selbst und den Nutzen der eingeschlagenen Heilbestrebung, dafs kaum etwas hinzuzufügen ist.

Nähern wir uns jetzt denjenigen Formen chronischer Beckenbauchfellentzündung, bei welchen eine akute Krankheit nachweislich nicht vorangegangen war, so sind bei Allgemeinerkrankung (Tuberkulose und Lues) keinerlei Versuche gemacht worden. Von den übrigen kann lediglich zwischen solchen geschieden werden, welche keinen deutlichen Ursprung nachzuweisen gestatten, und den auf Tripperansteckung beruhenden. Die ersteren bieten der ursächlichen Ergründung Schwierigkeiten, bei genauem Befragen läfst sich aber doch recht oft eine Verletzung, eine überstandene schwere Infektionskrankheit, eine vernachlässigte Fehlgeburt, eine zu frühe Überanstrengung nach Wochenbetten nachweisen. Mitunter mufs man allerdings auf angeborene oder sehr zeitig erworbene Zustände zurückgreifen.[2]

[1] Die Stieldrehung in Fall 44 war erst 3 Tage alt.

[2] Wir wissen ja durch v. Recklinghausen, Ahlfeld u. a., dafs schon im fötalen Leben Entzündungen des Beckenbauchfelles vorkommen, welche später zu Hemmungsbildung oder Organverlagerung führen.

45. Frau Major v. P., 30 Jahr alt, Altona, hatte schon als Mädchen viel mit typischer Chlorose, Menstrualkoliken und halbseitigen Kopfschmerzen (links) zu kämpfen. Bald nach der Verheiratung Vermehrung der linksseitigen, schon früher oft vorhandenen Leibschmerzen; Schmerzen bei der Kohabitation, bis zum Vaginismus gesteigert (Infektion ausgeschlossen). Die Zustände führten kurz nach der Verheiratung schon zu einer Untersuchung unter Chloroform, bei welcher der damalige Arzt (Med.-Rat Kugler, Stettin) bereits eine etwa gänseeigrofse Geschwulst wahrnahm, die er als chronisch entzündlichen Tuboovarialtumor bezw. Hydrosalpinx auffafste. Besserung nach Ruhe und örtlicher Behandlung; Empfängnis; Schwangerschaft unter vielem Liegen glatt verlaufend; Entbindung schwer; Wochenbett normal. Nach demselben wieder Leibschmerzen, Verstopfung, Migräne, Dysmenorrhoe, Menorrhagien, spinal-hysterische Symptome. K. Schröder riet zur Entfernung der Geschwulst, unter ganzer oder teilweiser Erhaltung des rechten Eierstockes[1]; Patientin weigerte die Operation. Nach Versetzung des Ehegatten nach Altona machte die Kranke im Winter 1886/87 noch eine sehr langgezogene und schwierige Fehlgeburt (im 3. Monate der Schwangerschaft) durch und kam 6 Wochen nach derselben, am 11. 3. 87, in meine Behandlung.

Kleine, zarte, schlanke aber sonst völlig gesunde Dame. Leib flach, wenig empfindlich; mäfsige Verschieblichkeit der rechten Niere, chronisches Ödem am rechten Unterschenkel. Vorhof und Scheide sehr empfindlich, deshalb Untersuchung in Narkose. Neben dem stark retroflektierten, verlängerten (11 cm) und verdickten, leicht blutenden Uterus befindet sich, linken Eileiter und Eierstock umfassend, eine elastische Geschwulst, neben dem Gebärmutterkörper ins kleine Becken eingeklemmt von über Hühnereigröfse, nach hinten gegen das Kreuzbein und ebenfalls nach vorn gegen die Blase hin befestigt. Geschwulst und Gebärmutter lassen sich gemeinsam ein wenig heben, aber nicht reponieren, bezw. ist die Verlötung derart, dafs beide gemeinsam aus dem kleinen Becken nicht emporkommen. Operatives Eingreifen wird abermals verweigert und deshalb nach vorausgeschickter Ausschabung des Uterus eine Massagekur zugleich mit allgemeiner Massage, kalten Abreibungen und 4tägig wiederholten Seesalzvollbädern versucht.[2] Während der 8 Tage, welche der kleinen Voroperation folgten, wird mit Dehnkugeln und Cylindern erst der Vorhofscheidenkrampf beseitigt und dann nach 9 Tagen von Mastdarm und Scheide aus durch Streichung, Knetung und Zugdruck auf die Verlötungen und die Geschwulst zu wirken gesucht. Nach 9 Sitzungen lassen sich Uterus und Tumor aus dem kleinen Becken emporheben, bei der elften tritt unter geringem Schmerz ein plötzliches Nachgeben der hinteren Verlötung ein, und es gelingt, die inzwischen beträchtlich verkleinerte Gebärmutter in Anteflexion zu lagern. Nach weiteren 3 Tagen kann man Geschwulst und Gebärorgan so trennen, dafs

[1] Es handelte sich um Majoratserbefragen!

[2] Moorbäder waren bereits zweimal vorher, einmal mit geringem Erfolge, einmal hingegen mit Nachteil besucht worden.

beide, in ihren Bewegungen voneinander unabhängig, nebeneinander liegen und erst von einem Thomaspessarium, später von einem dünnkalibrigen Hodge (7 cm) in dieser Lage erhalten bleiben. Die starken Blutungen und Koliken bei der Regel sind geschwunden, Migräne höchst selten, Leibschmerzen nicht wiedergekehrt, die Kranke ist aufgeblüht nach jeder Richtung, in der Lage, stundenlange Spaziergänge zu machen, frei von allen hysterischen Reflexen.[1] Am auffälligsten aber ist die aufserordentliche Abnahme der Geschwulst, welche sich jetzt eben noch wie ein reichlich vergröfserter (Wallnufs), recht verschieblicher Eierstock anfühlt. Die Familie ist jetzt nach Süddeutschland versetzt, die Dame wurde zuletzt Ostern 1889 untersucht und durchaus gesund befunden.

46. Frau A., Gattin eines Lootsen, 41 Jahr, hat vor 12 Jahren einmal angeblich ganz normal, ohne Kunsthilfe geboren, stand am 5. Tage auf, besorgte ihre Wäsche am 8. Dabei hatte sie eine mäfsige Blutung, einen plötzlichen Leibschmerz, als wenn etwas nach unten ginge, eine kurze Ohnmacht. Dann befand sie sich einige Wochen wohl. Seit der ersten Regel nach der Entbindung ist sie aber stets leidend geblieben. Die Monatsblutung war und blieb stark und langanhaltend, zu ihr gesellten sich ständige, zur Unerträglichkeit gesteigerte Kreuzschmerzen, Verstopfung, Mastdarmdruck, Schmerzen beim Gehen und Hinsetzen, besonders hochgradige beim Coitus, der oft von Ohnmacht und Blutung gefolgt war. Trotzdem hat sie sich in 12 Jahren nicht zur Behandlung entschliefsen können, bis sie zunehmende Entkräftung dazu gezwungen hat.

Aufnahme 15. 8. 1885. Kleine, magere, etwas skoliotische Frau. Brustorgane gesund, Leber etwas klein, rechte Niere deutlich an normaler Stelle fühlbar; Urin gesund. Scheide kurz, normal und Parametrien frei, beweglich. Gebärmutter liegt wagerecht rückwärts geneigt, ohne Knickung, geringe Cervixrisse ohne Narbenumrollung. Der Grund der Gebärmutter ist mit dem Mastdarm fest vereinigt und, mit demselben gemeinsam hochgezogen, hinten gegen die Höhlung des Kreuzbeines befestigt. Jeder Bewegungsversuch ist sehr schmerzhaft. In Narkose läfst sich die Verwachsung sicherer feststellen, beide Eierstöcke und Tuben sind zu erreichen, rechts normal, links ebenfalls stark nach oben hinten gezogen und anscheinend gegen Darmschlingen verlötet. Die Adhäsionen lassen sich sämtlich ohne — absichtlich vermiedene — Anwendung stärkerer Gewalt nicht trennen.

Massagekur 20 Tage klinisch, täglich, aktiv, hauptsächlich von Scheide und Mastdarm her kombiniert; nebenbei abends ein Sitzbad mit folgendem Glycerintampon. Nach Verlauf dieser Zeit tritt die Periode schmerzlos ein, dauert 4 Tage; sämtliche Klagen sind verringert. Im nächsten Monat 3tägig aktive Behandlung (poliklinisch). Seitdem ist die Kranke bis jetzt gesund, regelmäfsig menstruiert, schmerzfrei, hat regelmäfsige Verdauung, wiegt 18 Pfd.

[1] Nur das auf trophischen Störungen beruhende Oedema cruris dextri besteht noch in geringerem Mafse fort.

mehr als zur Zeit der Aufnahme, leistet schwerere Arbeit; Eheleben ungestört. Die Gebärmutter ist nach allen Richtungen hin beweglich und von den hinteren Verlötungen frei, hingegen besteht die Verwachsung mit dem Mastdarm noch unverändert. Dieselbe ist beschwerdelos; die Retroversion bedarf keines Stützapparates.

47. Frau M., Schneidersfrau, 34 Jahr. Aufnahme 27. 9. 1886. Die Kranke ist 11 Jahr verheiratet, steril, wurde im Beginn der Ehe mit Tripper angesteckt. Von dem ersten Ausflusse mit Harnröhrenschmerzen an bis jetzt stets grünlichgelber Scheidenflufs; im Laufe der Jahre treten erst linksseitige Leibschmerzen, dann Menstrualkoliken, dann starke Regeln mit unregelmäfsigem Typus, zuletzt Coitusschmerzen bis zur Unerträglichkeit hinzu. Erst diese treiben sie zum Arzte. Kräftige, frischaussehende Frau. Chronische Harnröhren- und Scheidenschwellung[1], dünneitriger, ätzender Gebärmutterausflufs, Salpingitis, Perioophoritis, Perimetritis sinistra. Uterus in steiler Anteversion hoch und links gezogen, rechte Seite und Beckenbindegewebe beiderseits frei. (Narkosenbefund). Die lediglich gegen die blenorrhoischen Schleimhäute gerichtete Behandlung bleibt erfolglos in Betreff der Schmerzen. Es wird deshalb ein Versuch mit Massage gemacht. Das Verfahren ist bei der etwas fettleibigen Frau auch bei grosser Sorgfalt recht schmerzhaft und kann daher nur langsam — unter klinischer Beobachtung — fortgeführt werden. Nach 20 Tagen bedeutende Besserung, Übergang zu Sprechstundenbehandlung. In der 6. Woche sind die Beschwerden geschwunden, der Uterus liegt gestreckt nach vorn, ist beweglich, zugleich steht er tiefer als zuvor. Die Besserung, ohne fernere Behandlung, schreitet fort; nur etwas Mittelschmerz und geringe Beschwerden am 2. und 3. Tage der regelmäfsig gewordenen und nicht starken Regel sind geblieben; Ausflufs nur gering und milchweifs; Cohabitation schmerzlos.[2] Vor kurzem ist nach fast 14 jähriger Ehe Empfängnis eingetreten.

48. Frau B., Kaufmannsgattin, 27 Jahr. Seit 9 Jahren verheiratet, hat sie 3 mal geboren und 1 mal abortiert. Erste Entbindung schwer, darnach längere Zeit Endometritis und Parametritis. Geheilt nach auswärtiger Behandlung (Auskratzung) und Besuch von Bädern. Bald nach der Fehlgeburt vor 2 ½ Jahren (Ende des 2. Monates) mehrtägig Harnröhrenschmerzen, linksseitige Leibschmerzen und grünlicher Ausflufs. Beide trotzen allen Mafsnahmen, nehmen zu. In letzter Zeit gesellen sich denselben Kreuzschmerzen, Abgeschlagenheit, starke Gemütsverstimmung bei.

---

[1] Aus den Sekreten lassen sich Staphylococc. aureus und albus züchten; Gonokokken werden bei der Frau nicht mehr gefunden, jedoch reichlich beim Manne, welcher Striktur und noch bestehenden Nachtripper aufweist.

[2] Der Ehemann hatte sich inzwischen gleichfalls in Behandlung eines Arztes gegeben; der Coitus wurde erst nach seiner völligen Herstellung gestattet.

Aufnahme 10. 6. 1886. Mittelgrofse, kräftige, frischaussehende Frau. Harnröhrenmündung etwas gewulstet; geringe Absonderung, zweifellose Gonokokken. Scheide nicht katarrhalisch, Cervixabsonderung zäh schleimig mit wenig Eiter; viele Mikroorganismen, keine Gonokokken. Auch in dem täglich mehrfach unter Wehenschmerz ausgestofsenen, grünlichen, von höher herab (Uterus, Tube) kommenden Sekrete derselbe Befund. Hingegen wird 1 mal im Cervixsekret, welches mit stumpfem Löffel ausgeschabt ist, das Vorhandensein reichlicher Gonokokken nachgewiesen. Gebärmutter vergröfsert und verlängert ($9\frac{1}{2}$ cm), wenig verdickt, normal gelagert. Rechte Seite und Parametrien beiderseits, bis auf einen geringen, schmerzlosen strahligen Narbenrest im rechten Beckenbindegewebe frei. Tube und Eierstock sind zu einer kleinen, wurstförmigen, sehr empfindlichen, nach allen Seiten hin wenig verschieblichen Geschwulst vereinigt. In Narkose wird die Diagnose einer Tubengeschwulst (Pyosalpinx) noch mehr wahrscheinlich. Operative Eingriffe werden verweigert. Es wird deshalb durch eine 5 wöchentliche klinische Massagekur, zuerst, höchst vorsichtig beginnend, tägliche, später 2 tägig wiederholte Sitzungen, Besserung erstrebt. Es gelingt auch, die Verlötungen zu lockern, die linke Seite beweglicher zu machen, Schmerzen und Absonderung herabzusetzen, jedoch nicht völlige Heilung zu erzielen. Von Zeit zu Zeit kehren einzelne Erscheinungen, besonders Ausflufs, unter leichten Wehen ausgestofsen, — auch trotz ferneren Gebrauches von Moor- und Soolbädern — wieder, jedoch stets nur so, dafs sie weder das körperliche noch das Gemütsbefinden der Kranken in ähnlichem Mafse beeinflussen, als vor der Massage. Mit einfacheren Formen der Behandlung wird jetzt gewöhnlich bald Besserung erzielt.

Wir sehen in diesen 4 Krankengeschichten Formen chronischer Perimetritis ohne voraufgehende akute Erkrankung entrollt mit verschiedener Grundursache und dementsprechend ungleichem Verlaufe. Im ersten handelte es sich um eine angeborene oder früh erworbene Störung mit Geschwulstbildung am Eileiter, im zweiten um eine schleichende, wie bei Parametritis zu Schrumpfung führende Entzündung nach dem mangelhaft eingehaltenen Wochenbett[1], in den beiden letzten um Tripperansteckung mit dem Unterschiede, dafs einmal gleich im Beginn der Ehe dieselbe erfolgte, das zweite mal hingegen auf den nach Fehlgeburt noch puerperalen Uterus[2] die Einimpfung vor sich ging. Bei beiden letzteren Kranken

[1] Diese Entzündungen sind sicherlich häufig und namentlich viele Fälle von Eileiterverschlufs und Geschwülsten ursächlich auf dieselben zurückzuführen.

[2] Geständnis des Ehemannes.

war das sonst gute Allgemeinbefinden und blühende Aussehen im Gegensatze zu schwerem örtlichen Leiden auffällig, ein Punkt, auf welchen auch Schwarz aufmerksam gemacht hat.[1]

Drei Fälle konnten nach zahlreichen eigenen und andern Vorversuchen durch Massage geheilt werden. In dem ersten Falle ist dieselbe so auffällig, dafs ein späterer Untersucher veranlafst sein dürfte, unsere diagnostischen Fähigkeiten in Zweifel zu ziehen, wenn uns nicht die Autorität Schröders verbrieft zur Seite stände. Im dritten wurde nach langjähriger Unfruchtbarkeit durch Behandlung beider Ehegatten Empfängnis erzielt. Nur der letzte Fall läfst zu wünschen übrig. Allein die Kranke ist viel wohler als früher, die Salpingotomie wäre voraussichtlich nicht eine der leichtesten gewesen, die Tubenwand ist sehr dick und Einreifsen so leicht nicht zu fürchten. Wer mag es der Leidenden verdenken, wenn sie, natürlich von uns auf die Aussichten für Gegenwart und Zukunft aufmerksam gemacht[2], den konservativen Weg zunächst wählte und sich chirurgisches Eingreifen vorbehielt? Jedenfalls zeigte sich, dafs auch bei gonorrhoischer Eileitererkrankung vorsichtige Massage von einzelnen Frauen vertragen wird. Aber es möge nun sogleich, obwohl alle diese Krankengeschichten die sehr vorteilhafte Wirkung der Massage auch bei chronischer Beckenbauchfellentzündung klar erwiesen haben, offen hinzugefügt werden, dafs sich im ganzen die Erfolge bei dieser Krankheitsform weitaus weniger günstig stellen, als bei den chronischen Entzündungsresten im Beckenbindegewebe. Die Schwierigkeiten der Erkenntnis sind eben gröfsere, die Gewebe zartere, die Empfindlichkeit gröfser. Viele Fälle müssen von vornherein ausgeschaltet werden, bei manchen mufs man die begonnene Behandlung aufgeben, weil sie nicht

---

[1] Schwarz, *Gonorrhoische Infektion beim Weibe.* Volkmannsche Sammlung No. 279.

[2] Wir rieten nach unseren Erfahrungen mehr zu radikaler Operation.

vertragen wird, bei einer Reihe von Kranken zwingen die Erscheinungen auch nachher noch zu operativem Eingreifen. Das Heilungsverhältnis zwischen Parametritis und Perimetritis chronica ist ein umgekehrtes. Es kamen im Laufe der Jahre, von Ende 1882—87 über 120 Fälle chronischer Parametritis und knapp 60 (58) von Perimetritis zur Behandlung mit Massage. Von beiden geht etwa ein Fünftel auf unterbrochene oder aufgegebene Behandlung aufser Rechnung. Von den übrigen wurden bei Parametritis über zwei Drittel, bei Perimetritis nur ein knappes Drittel völlig hergestellt, bei einem zweiten Drittel war der Erfolg wie in Fall 48 nur ein teilweiser, bei dem letzten Drittel wurde später operativ, meist durch Laparotomie Heilung erreicht. Wenn wir aber unsere frühere Ohnmacht gegen die Beschwerden der chronischen Beckenbauchfellentzündung, namentlich bei Unbemittelten, in Rücksicht ziehen und nur von dem einen Drittel der Kranken annehmen, dafs sie ohne Massage dem Bauchschnitt mit seinen relativen Aussichten verfallen gewesen wären, so sind die Ergebnisse immerhin recht ermutigend und fordern objektive Beobachter mindestens auf, dem operativen Verfahren einen Massageversuch voranzuschicken.

Im ganzen ergibt sich für jetzt:

Auch bei der Perimetritis chronica. lassen sich mit der Massage gute und dauernde Heilerfolge erzielen.

Die Massagebehandlung erfordert dabei aber besondere Vorsicht und genaue Beobachtung der Kranken.

Bei den begleitenden Lageveränderungen der Organe erreicht man seltener ebenso völlige Rückkehr zur Norm, als bei der chronischen Beckenbindegewebsentzündung, jedoch meistens Beschwerdefreiheit.

Die Anzahl der völligen Heilungen ist eine geringere, diejenige der symptomatischen aber durchaus so genügend, um den Vergleich mit dem auf operativem Wege Erreichbaren auszuhalten.

Für gröfsere Eileitergeschwülste, besonders Pyosalpinx sowie Tuberkulose, ist die Massage nicht geeignet und darf nur ausnahmsweise, unter Aufklärung der Kranken über die etwa zu gewärtigenden Gefahren, gewagt werden.

III. Die Beziehungen zwischen Rückwärtslagerungen der Gebärmutter und Massage.

Zwischen dem zweiten und dritten Abschnitt unserer Betrachtungen über die Massage[1] fügen wir an dieser Stelle eine Erörterung über die Rückwärtslagerungen der Gebärmutter in Beziehung zu unserem Heilverfahren als Zwischenglied ein. Es geschieht dieses mehr einem äufseren Zwange als innerer Überzeugung folgend. Denn nach unserer Meinung ist jede Rückwärtslagerung der Gebärmutter mit wenigen Ausnahmen eine begleitende Erscheinung irgend eines krankhaften Zustandes, nicht aber eine besondere Krankheit. Soweit es sich dabei nicht um rein mechanische Verdrängung durch Neubildungen in den Nachbarorganen oder am Uterus selbst handelt, kommen für die Massage eben nur Rückwärtslagerungen auf entzündlicher Grundlage, also zum bisherigen zweiten Abschnitt gehörig, oder solche auf Basis von Erschlaffungzuständen, denen vorwiegend einer der nächsten Abschnitte gewidmet ist, in Frage. Daher die Einschaltung an dieser Stelle. Dafs wir aber dieser Sonderangelegenheit doch einen eigenen Platz anweisen, hat zwei Gründe.

Erstens ist es eine althergebrachte und bis zu den Hippokratikern hinaufreichende, berechtigte Gewohnheit der praktischen Ärzte, gewisse Kardinalsymptome als Krankheit selbst zu bezeichnen, und es dürfte kaum einen deutlicheren Beweis für diese Behauptung geben, als die Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Er wurden die feinsten klinischen Abstufungen der-

[1] Vergl. die Einteilung auf S. 29.

selben mit grofser Wichtigkeit erörtert und verteidigt, ehe sich jemand die Mühe gab, sie ursächlich anatomisch zu zerlegen und damit zu beweisen, dafs nicht der befundene Grad der Verlagerung, sondern der Nachweis der Ursache, uns in den Stand setzt, den Hebel der Heilung an der rechten Stelle anzusetzen. Und so wird es für jetzt immerhin noch gut sein, die Retrodeviation als das dem Praktiker gegebene anzusehen und zu versuchen, thunlichst auf ursächlicher Grundlage fufsend, nachzuweisen, inwieweit es möglich ist, Heilung zu erreichen und wieviel dabei Massage zu leisten vermag.

Zweitens aber haben diejenigen, welche sich mit Massage bisher befafst haben, in erster Linie Th. Brandt, den Rückwärtslagerungen des Gebärorgans in ihren Veröffentlichungen ein so weites Feld eingeräumt und ein so grofses Gewicht auf das dabei Geleistete gelegt, dafs wir schon vergleicheshalber unsern Standpunkt und unsere Ergebnisse daneben zu setzen für richtig erachten.

Um nun Wiederholungen zu meiden geben wir zunächst, (in diesem Kapitel ohne eigentliche Krankengeschichten), eine möglichst auf die ursächlichen Verhältnisse begründete und zurückgeführte Statistik unserer Beobachtungen, an welche sich dann eine kurze Beleuchtung der Einzelheiten anzuschliefsen hat.

Wir gingen in folgender Weise vor: Es wurden von Anfang 1883 bis Anfang 1888 (Februar), also beginnend von der Zeit, wo wir uns mehr und mehr der Massage zuwendeten, bis zu einem Schlufszeitpunkte, von welchem aus sich bis heute das Endergebnis für die Behandelten mit einiger Sicherheit beurteilen läfst (1½ Jahr), die beobachteten Rückwärtslagerungen der Gebärmutter in bestimmte, verschiedene Abteilungen mit allen Einzelheiten eingetragen. Der Hauptarbeit dabei, sowie den vielen anschliefsenden Berechnungen, hat sich in dankenswerter Weise Herr Dr. F. Spaeth unterzogen. Der von uns verfolgte Sonderzweck war, im Anschlusse an diese

Arbeit an andrem Orte eine kritische Gesamtstudie über dasjenige, was sich zur Zeit auf dem Gebiete der Rückwärtslagerungen therapeutisch erreichen läfst, zu geben. Hier soll uns in erster Linie nur das mittels Massage Erzielte beschäftigen; einige andere Punkte von Wichtigkeit werden allerdings dabei kurz mit zu beleuchten sein.

Es handelt sich im ganzen um 3000 in dieser Zeit neuaufgenommene gynäkologische Kranke.[1] Unter denselben kamen 451 Rückwärtslagerungen[2] = 15,03 % vor. Von diesen haben wir jedoch sogleich 54 ausgeschaltet, welche nur einige Male untersucht werden konnten, deren Behandlung nicht mindestens 3—4 Monate währte, welche ferner nicht nach wenigstens 8—12 Monaten noch eine Sicherstellung des Erfolges gestatteten. Dazu gehören endlich auch solche Frauen, bei denen die Rückwärtslagerung so nebensächlich war, dafs sie für die Heilfrage gar nicht in Rücksicht kam, z. B. beim Krebs. Es blieben demnach 397 Fälle von Rückwärtslagerung übrig = 13,2 % der Gesamtkranken, bei denen längere Beobachtung, meistens über 3—4 Jahre ausgedehnt bezw. wenigstens nachgeprüft, statthatte.

Diese Fälle wurden zunächst auf 3 verschiedene Tafeln derart verteilt, dafs wir verzeichneten:

1. die Rückwärtslagerungen der schwangeren Gebärmutter (31 Fälle);

---

[1] Kranke aus früheren Jahren, von denen noch recht viele in diesem Zeitraume weiter oder wieder behandelt, besonders auch zur Massage herangezogen wurden, sind nicht berücksichtigt worden.

[2] Auf genaue Unterscheidungen von Retroversion oder Flexion, etwaige begleitende Seitenlagerung oder andere Gradabstufungen ist unserseits kein Gewicht gelegt worden. Unsre Gründe werden wir in der eigens dem Gegenstande gewidmeten Arbeit verteidigen; hier genüge die Andeutung, dafs wir bei aller Anerkennung des anatomischen Unterschiedes klinisch für Vorhersage und Behandlung in diesen Abstufungen gar keinen Vorteil sehen, sondern für die Behandlung und Heilung den ursächlichen Momenten die führende Rolle einräumen.

2. diejenigen Retrodeviationen, welche erst im Laufe längerer Beobachtung unter unsern Augen sich heranbildeten (32 Fälle);
3. alle übrigen, welche von vornherein mit Retroposition in Behandlung kamen (334 Fälle).

Die Fälle von Rückwärtslagerung der schwangeren Gebärmutter sind vorerst gänzlich unberücksichtigt geblieben; später, nach dem Wochenbette, sind natürlich viele derselben, einige auch mit Massage, behandelt worden; dieselben zählen für vorliegende Statistik nicht mit.

Jeder zur Beobachtung gelangenden Retroposition suchen wir zunächst auf Grund von Vorgeschichte und Befund einen Platz in unsrer auf die Ursachen hin gemachten Einteilung anzuweisen. Dieselbe lehnt sich mit einer geringen Abweichung an B. S. Schultze an.

Wir unterscheiden Rückwärtslagerungen beruhend:

1. auf angeborener oder früherworbener Bildungshemmung; ihr gleichgerechnet wird unkompliziertes Auftreten bei Altersrückbildung;
2. auf entzündlicher Grundlage[1]; wenn irgend bestimmbar, wird dabei ein Unterschied zwischen parametritischem und perimetritischem Ursprunge gemacht;
3. auf Erschlaffung der Befestigungen;
4. auf Zusammentreffen von 2. und 3.;[2]

---

[1] Abteilung 2 umfafst die Mehrzahl der vorn, hinten oder seitlich befestigten Rückwärtslagerungen. Schultze macht eine Unterscheidung zwischen den durch vordere und hintere Befestigung entstehenden Fällen, und scheint das Vorkommen im ganzen für seltener zu halten als wir. (vgl. in »Lageveränderungen der Gebärmutter« die betr. Abschnitte.)

[2] Dieses Zusammentreffen von entzündlicher Verlötung des Halsteiles mit Erschlaffung des vergröfserten Gebärmutterkörpers ist ungemein häufig. Da es in der Mehrzahl der Fälle später schwierig ist zu entscheiden, welche Erscheinung die erste gewesen sei und ferner dieses Zusammentreffen für die Heilbestrebungen besonders wichtig ist, haben wir eine besondere Abteilung dafür eingerichtet.

5. auf rein mechanischer Verdrängung durch Geschwülste an und in der Gebärmutter oder durch solche in der Umgebung.

In dem letzten Abschnitt ist recht vorwiegend die Rück wärtslagerung ein minder wichtiger und auch oft erscheinungsloser Nebenbefund, darf aber doch, namentlich bei den operativen Eingriffen nicht vernachlässigt werden. Denn nur zu oft stellt sich auch nach Entfernung der bedingenden Ursache die Retrodeviation mit lästigen Beschwerden wieder ein, und wenn dies wahrscheinlich erscheint, so ist eine Vorbeugung beizeiten ratsam.

Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten rein symptomatischen Behandlung der Rückwärtslagerungen. Es gab unter Vorantritt Scanzonis viele Ärzte und gibt noch genug Anhänger derselben Meinung, welche eine Beseitigung der von den Verlagerungen gesetzten Beschwerden für völlig genügend erachten, ohne auf die Wiederherstellung des normalen anatomischen Verhaltens ein nennenswertes Gewicht zu legen.

Wenn nun nicht geleugnet werden kann und auch mit unsern Ergebnissen wieder erhärtet wird, dafs wir uns — leider — noch ganz aufserordentlich oft mit einer symptomatischen Heilung bescheiden müssen, so ist doch zweierlei dieser Anschauung bestimmt entgegen zu halten. Erstens ist bei einer grofsen Anzahl von Kranken die Rückwärtslagerung als solche das subjektive Hauptleiden und wird nur mit der völlig erreichten Normalstellung beseitigt z. B. bei der grofsen Mehrzahl der Erschlaffungsretroflexionen. Zweitens ergeben die jahrelangen Beobachtungen der Kranken, wie ungemein leicht gerade die symptomatisch Geheilten Rückfälle bekommen, so dafs auch aus diesem Grunde nach Kräften weitergestrebt werden mufs, Mittel und Wege zu einer anatomischen Restitutio in integrum anzubahnen.

Damit ist nun aber nicht gesagt, dafs die Richtiglagerung der Organe das Wichtigste in der Behandlung der Retro-

positionen sei. Sie ist nur das ideale Endziel und soll in keiner Weise übereilt und erzwungen werden. Dafs hierin recht viel gefehlt worden ist und noch gefehlt wird, ist unsre feste Überzeugung, und erscheint uns die Massage berufen, Wandlung zu bringen. Wir suchen uns in jedem Falle, welcher zur Behandlung kommt, darüber klar zu werden, ob die Gebärmutter in die normale Lage zurückführbar ist, und nehmen in jedem zweifelhaften Falle grundsätzlich die Narkose, aber lediglich zwecks Untersuchung, zu Hilfe. Hingegen sind wir von der Sonde, welche nur ganz selten zur Belehrung oder Messung gebraucht wird, und von jedem zwangsweisen Verfahren seit längerer Zeit völlig abgekommen.

Es ist unsrerseits während 12 Jahren jeder Vorschlag letzterer Art sorgsam geprüft worden. Aber alle haben den Nachteil, dafs sie eine Reihe von Malen Ausgezeichnetes ergeben, bis man auf einen Fall stöfst, in dem man durch das gewaltsame Vorgehen, sei es nun einfache Sprengung von Verwachsung, sei es erzwungene Hochlagerung, sei es Eingehen in den vorher erweiterten Uterus mit dem Finger zwecks Emporhebung, schwere Nachteile für die Kranke erlebt, und sich dem Vorwurfe, zu weit gegangen zu sein, nicht entziehen kann. Gibt es also einen Weg, diese nicht gefahrlosen Versuche zu meiden, so verdient er den Vorzug.

Gelingt die Reposition, so wird sie bei geeigneten Verhältnissen mit Stützmitteln[1] zu erhalten gesucht, gelingt sie nicht oder sind Stützmittel wegen entzündlicher Nebenbefunde nicht angezeigt, so greifen wir zur Massage. Dieselbe in ihrer Art richtet sich lediglich nach dem Befunde, d. h. ob wir es mit entzündlichen Zuständen oder mit Erschlaffung zu thun haben, und bedarf es keiner andren, als der von uns für diese verschiedenen Ursachen angegebenen Technik. In dem Buche

[1] Wir sind für alle einfachen Fälle dem Gebrauche von Pessarien treu geblieben und werden dafür ebenfalls an andrer Stelle unsre Beweise erbringen.

Brandts und in den Berichten seiner Schüler ist der Art der Emporlagerung der Gebärmutter ein breiter Raum gewährt. Ich habe in alledem, die sogenannte Lüftung ausgenommen[1], etwas Besonderes oder Neues gegen unsere bewährten bimanuellen Methoden nicht finden können. Wer viel mit diesen Leiden zu thun hat, individualisiert naturgemäfs mehr und mehr, braucht verschiedene Lagerungen der Kranken, geht da von der Scheide, dort vom Mastdarm, häufig von beiden gemeinsam ein und sucht unter Anpassung an den jedesmaligen Befund die Hochlagerung zu erreichen. Daraus eine Reihe von besonderen Arten der Reposition zu machen, erscheint mir nicht nötig; die Vorschriften unsrer bewährten klinischen Lehrer, gehörig dem Einzelfalle angepafst, halte ich für genügend. Hingegen enthalten im übrigen die Bemerkungen Th. Brandts auf diesem Gebiete (S. 14—19 seines Buches) so viel auf gute Erfahrung Gegründetes, dafs sie jeder, welcher Massage anwenden will, mit Nutzen lesen wird.

Bevor wir nun die Zahlen selbst sprechen lassen, ist noch vorauszuschicken, dafs wir unsre Heilergebnisse in folgender Weise eingeteilt haben:

1. Völlige Heilung. Die Kranke ist mindestens 1 Jahr nach Abschlufs der Behandlung ohne jedes Stützmittel mit richtig gelagerter Gebärmutter gesund geblieben.
2. Relative Heilung. Der Uterus liegt normal, aber nur unter dauernder Anwendung eines Stützmittels.
3. Symptomatische Heilung ohne Stützmittel. Die Kranke ist mindestens 1 Jahr nach der Behandlung frei von Beschwerden, ohne dafs es gelungen ist, ganz regelmäfsige Lagerung der Organe zu erzielen.
4. Symptomatische Heilung mit Stützmittel. Dasselbe Verhalten, jedoch mit ständigem Pessargebrauche.
5. Ungeheilt.

[1] Diese kommt für die eigentliche Rückwärtslagerung auch wenig in Betracht, fast nur bei Verbindung derselben mit Vorfall, s. später S. 135.

Wo zur Erreichung des Endzieles Operationen mit in Frage kamen, welcher Art und wie oft, wird nebenbei mit bemerkt werden.

Es sind nun von oben erwähnten 397 Fällen von Rückwärtslagerung der Gebärmutter ohne Massage behandelt worden 266, hingegen mit Massage 131.[1]

Dieses Verhältnis von $^2/_3 : ^1/_3$ dürfte in den nächsten Jahren noch eine, wenn auch nicht allzugrofse, Verschiebung zu Gunsten der Massage erleiden. Wir haben, namentlich in den ersten Jahren, doch mit manchmal übergrofser Vorsicht zu derselben gegriffen, und sind erst mit fortschreitender Erkenntnis des Erfolges dreister und öfter vorgegangen.

Stellen wir die beobachteten Fälle zunächst nach ihren Ursachen zusammen, so ergibt sich die folgende Übersicht:

Tabelle I.

Ursache der Erkrankung	235 nicht Massierte*		131 Massierte	
	Anzahl der Fälle	%	Anzahl der Fälle	%
I. Bildungsfehler.	17	7,25	5	3,8
II. Entzündungsfolgen.	50	21,25	77	58,4
III. Erschlaffung	122	52	22	16,8
IV. Zusammentreffen von II u. III.	16	6,8	27	20,7
V. Mechanische Verdrängung.	30	12,76	0	0

* Unter Hinzurechnung der absichtlich weggelassenen Retrodeviationen bei Schwangerschaft würde sich das Prozentverhältnis etwas ändern, nämlich 6,6, 18,8, 11,3, 45,8, 6,0 für die Rubriken I bis V, und 11,8% für die Retropositio uteri gravidi.

[1] Zieht man die 31 Rückwärtsabweichungen der schwangeren Gebärmutter ab, so ist das Verhältnis 235 : 131; mit diesen letzteren Zahlen sind auch die nachfolgenden Tabellen aufgestellt.

Tabelle II. 235 Fälle ohne Massage.

Ursache	Zahl der Fälle	Völlig geheilt		Relativ geheilt		Symptom. ohne Stütze		Symptom. mit Stütze		Ungeheilt		Bemerkungen.
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	
I. Bildungshemmung.	17	—	—	2	11,7	8	47,0	—	—	7	41,1	
II. Entzündung.	50	8	16,0	6	12,0	28	56,0	4	8,0	4	8,0	4 mal Salpingotomie mit Ventrofixation. Völlig geheilt. 3 " " ohne " , 1 geheilt, 2 symptomatisch ohne Pessar. 1 mal Emmetsche Operat., symptomat. ohne Pessar.
III. Erschlaffung.	122	50	40,9	43	32,5	15	12,2	10	8,2	4	3,2	11 mal Kolporraphien ev. mit Amputatio colli ut. 8 völlig, 3 symptomatisch ohne Pessar geheilt.
IV. Erschlaffung und Entzündung.	16	4	25,0	8	50,0	4	25,0	—	—	—	—	1 mal Ventrofixatio (geheilt).
V. Mechanische Verdrängung.	30	3	10,0	5	16,6	14	46,6	3	10,0	5	16,6	2 mal Myomenukleation per vaginam, geheilt. 2 „ Kastration, symptomatisch ohne Stütze. 2 „ " mit Ventrofixation, geheilt. 1 „ Kastration und Myom-Enukleation per laparotomiam, symptomatisch ohne Stütze. 1 mal Emmetsche Operat., symptomatisch ohne Stütze.
Summa	235	65		64		69		17		20		Die Fälle mit Schwangerschaft sind nicht eingerechnet.

Tabelle III. 131 Fälle mit Massage.

Ursache	Zahl der Fälle	Völlig geheilt		Relativ geheilt		Symptom. ohne Stütze		Symptom. mit Stütze		Ungeheilt		Bemerkungen.
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	
I.	5	1	20,0	—	—	3	60,0	—	—	1	20,0	
II.	77	8	10,4	25	32,4	35	45,4	4	5,2	5	6,5	5 mal Massage ausgesetzt. 3 Fälle nebenher operiert, und zwar: 1 Dammnaht, Heilung symptomatisch ohne Pessar. 1 Emmet, Heilung relativ. 1 Salpingotomie mit Ventrofixation, völlig geheilt.
III.	22	8	36,3	6	27,2	7	31,8	1	4,5	—	—	7 Kolporraphien mit und ohne Emmet sche Operation; 1 mal Emmet allein. 5 völlig, 2 relativ, 1 symptomatisch ohne Stütze geheilt.
IV.	27	8	29,6	11	40,7	4	14,8	3	11,1	1	3,7	3 mal Scheidendammnaht, 2 völlig, 1 symptomatisch ohne Stütze geheilt.
Summa	131	25		42		49		8		7		Ursache V fällt für Massage fort.

Die Tabelle I verdeutlicht sofort den Unterschied zwischen den beiden Formen der Behandlung. Lassen wir die unter I. und V. angeführten Zahlen als nicht von Belang bei Seite[1], so ergibt sich, dafs für die auf Erschlaffung beruhenden Verlagerungen die ältere einfache Behandlungsweise vorwiegend genügt hat, während für die auf entzündlicher Grundlage entstandenen die Massage bis zu einem recht hohen Satze hat in Anwendung gezogen werden müssen. Wenn wir Reihe IV als mehr zu II denn zu III gehörig ansehen, und für die Behandlung trifft dies zu, so stehen sich bei Erschlaffung 52 und 17 %, bei Entzündungsursache hingegen umgekehrt 28 und 79 % zwischen Nichtmassierten und Massagefällen gegenüber.

Noch weitaus schärfer heben sich die Unterschiede heraus, wenn wir die Heilergebnisse heranziehen, vorerst in tabellarischer Darstellung. (Tab. II, III.)

Zunächst legen diese Tabellen den Zweck klar zu Tage, welchen wir bei Verwendung der Massage im Auge hatten, nämlich da mit derselben einzutreten, wo die üblichen Behandlungsformen versagten. Nach den bisherigen Erfahrungen ist es Thatsache, dafs unsre gewöhnliche Heilbestrebung am meisten bei Erschlaffungszuständen und am wenigsten bei den entzündlich komplizierten Fällen leistet. Wir haben daher von vornherein die letztern als die am meisten zur Massage führenden anzusprechen.

So finden wir denn auch, entsprechend der prozentischen Berechnung auf Tabelle I, dafs unter 144 Fällen (von der Gesamtzahl 366) mit Erschlaffung als Endursache 122 durch die bisherigen Heilformen und nur 22 mit Massage in Angriff genommen wurden, sowie ferner, dafs von 127 Rückwärtslagerungen auf entzündlicher Grundlage nur 50 dem üblichen Heilwege zugängig waren, hingegen 77 uns Massage heranzu-

[1] Es ist klar, dafs die Massage wenig Aussichten für solche Fälle bieten mufs.

ziehen veranlafsten. Und rechnen wir hinzu, dafs von den Kranken, welche beide Ursachen gemeinsam boten (Reihe IV), auch 27 massiert werden mufsten und nur bei 16 gewöhnliche Behandlung anwendbar gewesen ist, und zählen infolgedessen Reihe IV in der Heilungsrichtung zu Reihe II, so stehen sich etwa je 150 Fälle mit Erschlaffungs- und Entzündungsursache gegenüber. Von denselben benötigten erstere nur in $^1/_6$ der Fälle, letztere hingegen in $^3/_5$ aller die Anwendung der Massage.

Bevor wir die Einzelheiten der Tabellen beleuchten, seien noch 2 Bemerkungen zum Verständnis vorausgeschickt. Erstens haben wir nicht etwa da Massage, dort frühere Behandlung gebraucht oder uns rein an die ursächliche Einteilung gehalten. Es ist vielmehr bis 1887 grundsätzlich[1] in jedem zur Behandlung kommenden Falle erst versucht worden, was ohne Massage mit allen zu Gebote stehenden Mitteln erreichbar war. Erst gegen Ende 1887 — wovon also die vorliegende Statistik kaum berührt wird — haben wir, auf Grund unsrer gesichteten Erfahrungen, bei den entzündlichen Formen ohne längere Vorversuche das Verfahren angewandt. Die Massage für unsre Ausführungen in dieser Schrift ist also derart anzusehen, dafs sie erst nach geprüfter Unzulänglichkeit der gewöhnlichen Art, Heilung zu erreichen, in Frage kam. Zweitens ist unter der »bisher üblichen« Behandlung allerdings in erster Linie die mechanische mit Pessarien aller Art verstanden[2], jedoch auch der übrige Heilapparat, namentlich der antiphlogistische und operative mit einbegriffen.

---

[1] Man könnte mir daraus wieder den Mangel an Vertrauen in die Massage vorwerfen; ich weise denselben jedoch damit zurück, dafs ich erst beweisen wollte, Massage leiste Besseres als die bisherige Heilweise; war dieser Beweis erbracht, so war der richtige Weg, wann und wo sie an Stelle der bisherigen Methoden zu treten habe, leicht festzustellen und durfte auf Anerkennung rechnen.

[2] Auf die von uns befolgten verschiedenen Arten der Stützbehandlung wird hier nicht eingegangen, dieselben sollen an andrer Stelle Erörterung finden.

Die auf Bildungshemmung oder Altersrückbildung[1] zu beziehenden Retropositionen bieten im ganzen geringe Aussichten auf dauernde Heilung, zumal gewöhnlich andre allgemeine oder örtliche Leiden mit denselben verbunden sind. Es ist trotzdem unser Ergebnis schon bei den nicht Massierten ein recht günstiges; dafs hier vorwiegend nur Beschwerdelosigkeit, nicht Normallagerung erzielt wird, liegt bei der hochgradigen Verkürzung der vorderen Scheidenwand, der Kürze des cervikalen Hebels und der meist gleichzeitigen Schlaffheit der Douglasischen Falten auf der Hand. Unter den fünf mit Massage Behandelten gelang es einmal, nach vielmonatlicher Behandlung völlige Richtigstellung herbeizuführen, und ist alsdann nach fünfjähriger, unfruchtbarer Ehe Empfängnis gefolgt. Unter den übrigen Kranken waren 13 verschieden lange verheiratet, sämtlich mit gesunden[2] Ehemännern, bis auf einen Azoospermiker; aufser bei der oben erwähnten Frau ist jedoch nie Schwangerschaft eingetreten.

Der weitaus für die Massagefrage wichtigste Abschnitt ist der die entzündlichen Komplikationen umfassende zweite.

Bei 50 Fällen kamen die bisherigen Heilformen zur Verwendung, bei 77 die Massage. Von diesen 77 wäre sicherlich der gröfste Teil ungeheilt geblieben, denn bei allen wurde längere Zeit und auf verschiedenen Wegen ohne Massage vorgegangen und zwar vorzugsweise ohne Stützapparate, weil dieselben ja bei Verbindung der Rückwärtsabweichung mit entzündlichen Resten oder geschrumpften Narben nur bei grofser Vorsicht verwendbar sind und leicht schaden.

Unter den Nichtmassierten zählen wir 8 völlige Heilungen; davon sind jedoch 5 auf dem Wege des Bauchschnittes erreicht worden; unter den Massierten finden sich gleichfalls 8 völlig geheilte, es kommt aber auch eine Kranke, bei der schliefslich

[1] Davon sind nur 2 Fälle beobachtet worden, die übrigen bei ältern Frauen vorkommenden Retropositionen zählten zu Abteilung II und III.

[2] Dieselben wurden sämtlich auf ihr Sperma geprüft.

auch die Salpingotomie mit Ventrofixation nötig war, in Abzug. Es sind also 7 Kranke von 77, sonstiger Therapie nicht zugängig, mit Massage bis zur völligen Richtiglagerung gebracht worden, und zwar ohne operative Mafsnahmen, während gleiches unter 50 Nichtmassierten nur 3 mal erreichbar war. Die Gruppe der relativ Geheilten (also ständiges Wohlbefinden und regelrechte Lage der Organe mit einfachster Stützform, Hodge), konnte bei 50 Nichtmassierten nur mit 6 Kranken ausgefüllt werden, der Massage war es möglich, fernere 25 soweit zu heilen, dafs sie derselben zugeteilt werden durften.[1]

Es ist dies gewifs ein recht erfreulicher Fortschritt, mit Massage im ganzen 32 Fälle zu einer völligen Normallagerung der Organe ohne Operationen und mit Entfernung der entzündlichen Reste gebracht zu haben, im Gegensatze zu nur 9 Kranken, bezw., wenn man die Operierten mitrechnet, zu 14, welche gleiches Endergebnis nach bisherigem Heilverfahren aufwiesen.

Beschwerdelosigkeit bei nicht erreichbarer regelrechter Gebärmutterlage wurde bei 50 Nichtmassierten 28 mal, bei 77 Massierten 35 mal erreicht. Der scheinbar kleinere Prozentsatz erklärt sich natürlich daraus, dafs eben mit Massage eine so viel gröfsere Zahl relativer Heilungen erzielt wurde. Aber 2 Faktoren geben auch hier den Ausschlag für die Massage. Zunächst sind alle Massierten viel schneller (um Monate, selbst Jahre von Unterschied handelt es sich dabei, s. unten S. 115) geheilt worden, und zweitens gelang die Annäherung an die Norm ungleich besser.[2] Dafs auch operative Eingriffe seltener nötig waren, sei nur nebenbei berührt. Auch die nächste Reihe[3]

---

[1] An Operationen kam in dieser Gruppe nur einmal eine Emmetsche in Frage, welche auf die Gebärmutterlage keinen Einflufs hatte.

[2] Wir haben daraufhin die Endbefunde aller Fälle genau durchgemustert und festgestellt, wie alle Massierten bessere Aussichten auf Nichtwiederkehr von Erscheinungen hatten, da die Schrumpfnarben beseitigt und die etwaigen Verlötungen verschieblicher waren.

[3] Symptomatische Heilung mit Stütze.

der Tabellen zeigt, dafs ohne Massage doch eher eine fernere Stützbehandlung erforderlich ist, als mit derselben, um dauernde Beschwerdefreiheit bei nicht erzielter Normalposition zu erhalten.

Naturgemäfs haben wir bei dem Zusammentreffen von Erschlaffung und Entzündung ähnliche Ergebnisse zu gewärtigen. Es bedarf wohl keiner besonderen Ausführung, um auch hier die grofse Anzahl völliger und relativer Heilungen, welche durch Massage dem Ergebnisse gewöhnlicher Therapie hinzugefügt werden konnte, aus der Tabelle III zu erkennen. Das erschwerende Moment bei den massierten Frauen bildeten nahezu ausnahmslos Schrumpfnarben im Beckenbindegewebe, einige Male im Beckenbauchfelle, niemals die begleitende Erschlaffung. Dieser konnte, nach Beseitigung der Narben durch Massage, stets leicht abgeholfen werden, aufser wenn zugleich hochgradigere Senkung nach abwärts oder Scheidenwanddehnung bestand.

Diese zuletzt erwähnten beiden Vorkommnisse sind die Hauptursachen, welche uns für die auf Erschlaffung beruhenden Rückwärtslagerungen in einer beschränkten Zahl von Fällen zur Massage führten. Unsere Heilerfolge mit den bisher üblichen Methoden waren hierbei derart, dafs wir Ursache hatten, mit denselben zufrieden zu sein. In den 22 zur Massage herangezogenen Fällen war stets Senkung oder Vorfall der Scheide nebst Wucherung oder Überdehnung der vorderen oder hinteren Wand mit der Rückwärtslagerung verbunden, und unser Bestreben ging dahin, diese Zustände ohne operative Hilfe durch Massage zu beseitigen und dabei zugleich auf die Retroposition einzuwirken. Die Ergebnisse müssen (vgl. Tab. III Reihe III)[1] als nicht völlig befriedigende zugegeben werden; denn in einem vollen Drittel der Fälle mufste doch noch operativ vorgegangen werden, insbesondere sind von den völlig

[1] Vgl. später S. 141.

oder relativ geheilten 14 Frauen die Hälfte (7) erst mittels chirurgischer Nachhilfe soweit gebracht worden. Allein es ist doch nachweisbar, dafs auch auf dem Massagewege noch Fälle heilbar sind, welche andern Bestrebungen trotzen. Eine Durchsicht der unsrigen hat ergeben, dafs Scheidenhypertrophien[1] bei erhaltenem Damm bezw. kräftig arbeitendem Levator ani die günstigste Aussicht bieten, ohne Operationen durch Dehnungsmassage geheilt zu werden (12 Fälle, 7 völlig oder relativ, 5 symptomatisch hergestellt).

Die letzte Reihe (V) der Tabelle II, Rückwärtslagerung durch mechanische Verdrängung, fällt für die Massage fort. Handelte es sich um entzündliche Geschwülste, so gehört deren Massage nicht hierher; gegen Neubildungen haben wir dieselbe bisher so gut wie gar nicht angewandt. Die Aufstellung zeigt übrigens, nebenbei bemerkt, dafs die unsrerseits geübte Behandlung (ohne Massage!) auf diesem Gebiete durchaus Befriedigendes geleistet hat.

Massageschwärmer oder Gegner von Stützbehandlung könnten nun an diese statistische Darlegung unsrer Erfolge den Tadel anknüpfen, dafs wir bei dem Hauptbestandteile, den auf Erschlaffung der Gebärmutterträger beruhenden Rückwärtslagerungen, zu wenig von vornherein mit Massage gearbeitet hätten. Dem ist zweierlei zu erwidern. Erstens haben wir, wie mehrfach erwähnt, jahrelang an dem Grundsatz festgehalten, erst zu versuchen, was ohne Massage erreichbar ist, und haben erst bei unzulänglichem Erfolge zu derselben gegriffen.[2]

Zweitens aber kann ich hinzufügen, dafs auch nach dem Übergange zu primärer Massagebehandlung, den wir versuchsweise Anfang 1888 einführten, seit 1½ Jahren also, unser Standpunkt sich nicht verschoben hat. Wir können mit Bestimmt-

---

[1] In Verbindung mit Retrodeviation natürlich!

[2] Zu diesem Vorgehen zwangen uns aufserdem Rücksichten der Praxis, die erst wegfallen konnten, nachdem mehrjährige Erfahrungen mit der Massage uns bestimmter Erfolge sicher sein liefsen.

heit behaupten, dafs gegen die einfachen Erschlaffungsretroflexionen ohne Scheidenvorfälle die Massage zur Heilung mit Normallagerung nur ganz selten allein zulänglich ist und dafs die erreichten symptomatischen Heilungen nicht von Bestand sind. Nahezu ausnahmslos haben wir bald zu wenigstens zeitweiser Stützbehandlung übergehen bezw. selbige zu Hilfe nehmen müssen. Auf diesem Gebiete liegt eben, das ist unsre Überzeugung, der Schwerpunkt der Massage nicht!

Hier ist am erprobten Alten festzuhalten, und es kann sich kein Verfahren besserer Erfolge rühmen, als eine zielbewufste, auf klare Erkenntnis gegründete Behandlung mit Stützmitteln, der sich je nach dem Falle geeignete Operationen, insbesondere (bei Scheidendammrissen) den Beckenboden wieder herstellende oder stützende anschliefsen.[1]

Auch bei der Massage sind wir oft genug in der Lage gewesen, während oder nach der Behandlung Stützmittel zu gebrauchen oder (allerdings seltener) chirurgisch nachzuhelfen. Vor der Anwendung derselben haben 60 Kranke, viele allerdings nur ganz kurze Zeit zum Versuche[2], ein Pessarium getragen, 39 jedoch längere Zeit. Nach Beendigung des Massageverfahrens wurde zur Bewahrung des guten Erfolges noch 52 mal ein Stützmittel gebraucht, und bei 50 Kranken[3] ist ein solches zur dauernden Erhaltung desselben längere Zeit liegen geblieben; und zwar handelt es sich um einfachen Hodge in 44, Thomaspessarium in 3, Schalenpessarium ebenfalls in 3 Fällen. An diese Thatsache könnte ein Gegner der Massage den

[1] In Betreff der Pessarbehandlung sind wir unsern früheren theoretischen Ansichten (*Volkmannsche Vorträge* Nr. 225) durchaus treu geblieben; die praktische Erhärtung derselben soll an andrer Stelle erfolgen; dafs die Ergebnisse derselben gute gewesen sind, hat die Tabelle der Nichtmassierten, insbesondere bei den Erschlaffungszuständen, wohl zur Genüge klar gelegt.

[2] Es handelt sich dabei neben den 22 Erschlaffungsfällen um die 27 Kranken der Reihe IV Tab. III, bei denen stets ein Vorversuch mit Pessar stattfand, und 13mal um wenigstens versuchsweise Einlegung bei den Kranken der Reihe II.

[3] vergl. die Tabelle III.

Vorwurf der Unzulänglichkeit anknüpfen. Dem ist zu entgegnen, dafs unter den 50 Frauen, abgesehen von 21 Pessareinlegungen bei Erschlaffungsfällen[1], welche fast nie ohne deren wenigstens zeitweise Anwendung heilen, 25 sonst unheilbare Kranke mit entzündlichen Komplikationen durch Massage soweit gebracht wurden, dafs sie mit einer leichten Erschlaffungsverlagerung gleichwertig geworden sind. Es erübrigen nur noch 4 Fälle derselben Reihe II (Tab. III), bei welchen ein Pessar die symptomatische Heilung aufrecht hält. Mit welchem Verfahren läfst sich bei ruhiger, sachlicher Prüfung heutzutage ein gleich günstiger Dauererfolg erzielen?!

Alle diese Frauen befinden sich mindestens ein, die gröfsere Anzahl zwei und mehr Jahre durchaus wohl; mindestens 3—4 mal jährlich pflegen wir die Pessarien, deren Vorhandensein nie empfunden werden darf, nachzusehen, und wird ein erneuter Versuch gemacht, dieselben zu entfernen. Denn natürlich ist es auch unser Ideal, die Kranken, ganz gleich, ob sie völlige Normallagerung erreicht haben, oder ob wir uns mit Beschwerdelosigkeit begnügen mufsten, von jedem Stützmittel gänzlich zu befreien. Dafs wir auch mit Massage dieses Ziel nicht immer erreichen, thut selbiger keinen Eintrag, denn einerseits bringen wir mehr Fälle mit ihr zur Heilung ohne fernerhin Stützmittel zu bedürfen, als früher, und da andrerseits, wo wir Stützmittel anwenden müssen, ist es schon als ein grofser Fortschritt zu verzeichnen, die betreffenden Kranken mit Massage soweit gebracht zu haben, dafs sie dieselben vertragen und mit ihnen beschwerdelos werden.

Die Richtigkeit dieser letzten Behauptung erhellt am besten daraus, dafs wir uns die Frage vorlegen, welche entzündlichen Vorgänge bezw. deren Folgen bei dem Hauptbestandteile unsrer Massierten (Reihe II und IV), also bei 104 Kranken, sich mit Rückwärtslagerungen verbunden, zeigten.

---

[1] vergl. Reihe III u. IV auf Tabelle II.

Wir haben, weil Reihe IV mit dem Zusammentreffen von Erschlaffung nicht ganz mit Reihe II gleichwertig ist, erst beide für sich verfolgt. Bei den 77 lediglich wegen Entzündungsresten Massierten lag zu Grunde:

	Parametritis 43,	Perimetritis 34 mal.
Davon wurden völlig geheilt	5	3
relativ oder symptomatisch mit Stütze	21	8
symptomatisch ohne Stütze	16	19
ungeheilt blieben	1	4.

Hingegen wiesen die 27 Fälle von Reihe IV auf:

	an Parametritis 19,	Perimetritis 8,
davon völlig geheilt	6,	2,
relativ oder symptomatisch mit Stütze . . .	12,	2,
symptomatisch ohne Stütze	1,	3,
ungeheilt blieben	—,	1.

Der Unterschied beider Aufstellungen liegt darin, dafs bei den rein entzündlichen Formen die Beckenbauchfellentzündung mit ihren Folgen eine gröfsere Rolle spielt, als bei den mit Erschlaffungszuständen einhergehenden, und dafs sich darnach die Unterschiede im erreichten Heilziele in den Zahlen deutlich ausprägen.

Ziehen wir nun beide zusammen, so wurden beobachtet als die Rückwärtslagerung begleitende Entzündungsreste insgesamt:

	Parametritis 62,	Perimetritis 42 mal.
Mit Massage wurden		
völlig geheilt	11 = 17,8%	5 = 11,9%,
relativ oder symptomatisch mit Stütze	33 = 53 »	10 = 24 »
symptomatisch ohne Stütze . . .	17 = 27,8 »	22 = 52 »
ungeheilt blieben	1 = 1,6 »	5 = 11,9 ».

Es zeigt sich, wie zu erwarten steht, dafs die Massageeinwirkung auf die Entzündungsfolgen im Beckenbindegewebe mächtiger ist, als auf solche im Beckenbauchfell, und ergibt

sich zugleich, wenn wir uns der früheren Zahlenverhältnisse erinnern (S. 94), wie aufserordentlich oft die pelviperitonitische Entzündung zu Rückwärtslagerung der Organe führt. Denn wenn wir dort erwähnten, dafs uns im ganzen etwa 50 Fälle von Perimetritis chronica längere Zeit mit Massage zu behandeln möglich war, so sehen wir jetzt 42 davon in dem Zusammentreffen mit Rückwärtslagerung der Gebärmutter wiederkehren, also über 80%. Auch bei der Parametritis ist die Rückwärtslagerung eine recht häufige, von über hundert Fällen sehen wir 62, also beinahe zwei Drittel, damit verbunden, allein dies ist gegen die Beckenbauchfellentzündung immer noch ein wesentlicher Unterschied. Ein ebensolcher prägt sich in der Zahl von Heilungen aus, welche für die Parametritis entschieden günstiger ist. Zugleich aber enthält dieses Ergebnis den Hinweis auf die noch nicht erreichbare Entbehrlichkeit der Stützbehandlung, an welche anknüpfend wir diese Aufstellung vornahmen. Und zwar ist es wieder recht charakteristisch für den Unterschied der ursächlichen Bedeutung, dafs von den Fällen mit parametritischen Resten ein gleich grofser Prozentsatz zu relativer Heilung (also Normallagerung mit Stütze) gebracht werden konnte, als er von denjenigen mit Perimetritis nur bis zu symptomatischer Heilung (Beschwerdelosigkeit ohne Herstelluug der Normallage) erreichbar war, nämlich 53% : 52%. Das Gesamtergebnis für diese Fälle bleibt aber ein durchaus für Massage günstiges, denn wenn auch viele Frauen nachher noch einfacher Stützmittel bedürfen, so sind sie doch aus der Zahl der Unheilbaren ohne jede gewaltsame Behandlung (Sonde, Sprengung, Dehnung, Reposition in Narkose oder mit Fingereinführung in den Uterus) und ohne ernstere operative Eingriffe[1] entweder völlig beschwerdelos gemacht, oder sogar bis zur Normallagerung übergeführt worden. Und macht deren Erhaltung

[1] Die Scheidendammoperationen oder Tracheloraphien zählen wir natürlich nicht zu den ernsteren Eingriffen.

allerdings noch recht oft eine Stütze nötig, so besteht doch ein Prozentsatz völlig und dauernd Geheilter, welcher in diesem Bezirke der mit Entzündungsresten verbundenen Retrodeviationen die bisherigen Arten der Behandlung weit hinter sich läfst.

Von nicht geringer Bedeutung ist nun für diese Heilerfolge mittels Massage die Zeit, welche dieselbe in Anspruch nehmen. Nach Mafsgabe der Verhältnisse ist der Zeitraum, welchen eine Massagekur beansprucht, zunächst individuell verschieden; die Empfindlichkeit, die Möglichkeit schneller fortzuschreiten, die Nebenerscheinungen sind von der persönlichen Eigenart der Kranken abhängig. Allein für die hier in Betracht kommenden Rückwärtslagerungen tritt diese persönliche Beziehung mehr in den Hintergrund, als z. B. bei der Exsudatmassage. Ferner ist der Zeitraum bedingt durch die Möglichkeit klinischer Behandlung. Je mehr wir die Leidenden ganz in Pflege nahmen und ihrer sonstigen Beschäftigung entziehen konnten, um so schneller kam der Erfolg. Die gesamte Durchschnittsdauer der Massagebehandlung bei Rückwärtslagerungen betrug etwas über 7 Wochen, mit der Schwankung, dafs die klinisch beobachteten Frauen selten mehr als 4—5 Wochen beanspruchten, die ohne Berufsstörung Massierten den Durchschnitt um 2—3 Wochen überschritten. Für die Hauptformen der Rückwärtslagerungen war das Verhältnis derart, dafs für

Kranke	der	Reihe	I	$7^1/_2$	Wochen
»	»	»	II	7	»
»	»	»	III	6	»
»	»	»	IV	$8^1/_2$	»

die Durchschnittsdauer betrug; es ergibt sich daraus, dafs die Fälle mit Zusammentreffen von Entzündungsresten und Erschlaffung am längsten die Anwendung des Verfahrens erheischten, während für die übrigen der Unterschied ein geringer ist. Im ganzen aber ist der Zeitraum, um eine Massagekur bei Rückwärtslagerung mit sichtlichem Erfolge durchzu-

führen, durchaus nicht groſs; er übertrifft das bisherige Verfahren beträchtlich an Kürze. Natürlich bleiben die Frauen unter fernerer zeitweiser Beobachtung, und wird bei den relativ oder symptomatisch geheilten immer noch weitere Besserung erstrebt.

Fassen wir nun das Erreichte zusammen, so erhalten wir folgendes Bild:

A. Von 235 nicht massierten Frauen[1] wurden:

völlig geheilt[2]	65 =	27,6 %
relativ »	64 =	27,2 »
mit Stütze symptomatisch geheilt .	17 =	7,2 »
ohne » » »	69 =	28,3 »
ungeheilt blieben	20 =	8,5 ».[3]

B. Von 131 massierten Frauen wurden:

völlig geheilt	25 =	19,1 %
relativ »	42 =	32,1 »
mit Stütze symptomatisch geheilt .	8 =	6,0 »
ohne » » »	49 =	37,5 »
ungeheilt blieben	7 =	5,3 ».

Daraus ergibt sich:

C. Es wurden insgesammt von 366 Frauen

völlig geheilt	90 =	24,5 %
relativ »	106 =	28,8 »
mit Stütze symptomatisch geheilt	25 =	6,8 »
ohne » » »	118 =	32,2 »
ungeheilt blieben	27 =	7,3 ».

Ohne an dieser Stelle[4] mit andern Statistiken irgend-

[1] Die Fälle von Retroposition in der Schwangerschaft sind auch hier absichtlich weggelassen, weil sie ja — zunächst fast alle spontan heilend — ein falsches statistisches Bild geben würden.

[2] Einschlieſslich operativer Eingriffe.

[3] Von diesen hätten einige mit der Massage wohl noch gebessert werden können, wenn dieselbe anwendbar gewesen wäre. Die Hindernisse bildeten äuſsere Verhältnisse oder Ablehnung der Kranken.

[4] Es soll auch dies in der dieser Frage gewidmeten Sonderarbeit geschehen.

welche Vergleiche zu ziehen, darf wohl als feststehend angesehen werden, dafs die unsrige gute Erfolge aufweist und deutlich erkennen läfst, wieviele Kranke mittels der Massage noch geheilt bezw. bedeutend gebessert werden können, welche sonstigen Heilbemühungen trotzen.

Denn wenn selbst kritisch überstrenge Anschauung diejenige Gesamtzahl unsrer Kranken nicht unter der Bezeichnung »symptomatisch geheilt« wollte gelten lassen, bei denen eine mindestens 1 Jahr lang anhaltende Beschwerdelosigkeit bei nicht erreichter Normallage verzeichnet werden konnte, so bliebe noch ein Prozensatz von völligen und relativen Heilungen übrig, wie er bisher ohne die Zuhilfenahme von Massage nicht erreichbar gewesen ist und auch nicht erreichbar sein würde, wenn man nicht in ungerechtfertigter Weise sehr vielfach mit eingreifenden Operationen vorgehen wollte.[1]

Die Massage bietet demnach für eine grofse Anzahl von Rückwärtslagerungen der Gebärmutter ein gutes Heilmittel.

Die Anzeige zu ihrer Anwendung beruht auf den die Verlagerung bedingenden Ursachen.

Für die auf Erschlaffung der Ligam. sacrouterina zurückführbaren Lageabweichungen ist die Wirkung eine geringe und erreicht die gewöhnliche frauenärztliche Behandlung meist das Ziel allein; für die sämtlichen mit Entzündungsresten aller Art verbundenen Formen ist hingegen die Massage als derjenige Heilweg zu bezeichnen, welcher die besten und dauerhaftesten Ergebnisse aufweist.

---

[1] Es sei hier bemerkt, dafs wir, wie ja auch die Tabellen zeigen, noch mitunter für pelviperitonitisch befestigte Gebärmutter, insbesondere in Verbindung mit Eileitererkrankung, zur Ventrofixation haben schreiten müssen. Sicherlich sind aber mehr Kranke durch Massage davor bewahrt worden. Die Alexandersche Operation haben wir nach einigen Versuchen nicht aus Abneigung, sondern deshalb bei Seite gesetzt, weil wir für bewegliche oder seitlich befestigte Gebärmutter mit Massage ein weitaus günstigeres Ergebnis erzielten. Für die am Grunde (pelviperitonitisch) befestigten Uteri leistet die Operation nichts. Vgl. F. Spaeth, Deutsche mediz. Wochenschrift. 1889, No. 37.

Die Massage leistet ohne jegliche Gefahr mehr als sämtliche Zwangsmafsnahmen.

Da bei stärkerem Schmerz oder fieberhaften Nebenerscheinungen sofort eingehalten wird, umgeht man jede Schädlichkeit, welche bei Anwendung von Sonde, Reposition durch Fingereinführung in die Gebärmutter, Lösung von Verwachsungen in Narkose auch dem Geübtesten bei dem noch immer nicht vollendeten Stande der Diagnostik vorkommen, und sehr ernster Natur sein können.[1]

Man kann mittels Massage viele Kranke soweit völlig heilen oder dauernd beschwerdelos machen, selbst ohne gänzliche Normallagerung, dafs sonst angezeigte operative Eingriffe unterbleiben können.

Die gleichzeitige oder nachfolgende Anwendung von Stützmitteln ist bislang für viele Fälle noch nicht zu entbehren, wenn man auf Dauerheilung bezw. Dauererhaltung des mit Massage Erreichten Gewicht legt.

Immerhin gelingt es, mit Massage mehr Kranke soweit völlig oder symptomatisch zu heilen, dafs sie keines Stützapparates mehr bedürfen, als mit irgend einem andren Heilverfahren.

Die für Massagekuren bei Rückwärtslagerungen beanspruchte Zeit ist kurz.

Bei klinischer Behandlung genügt durchschnittlich 1 bis 1 ½ Monat, bei ambulanter bedarf man 2 Monate, um einen Dauererfolg zu erzielen.

Bei allen mit Entzündungsresten verbundenen Formen ist zuerst eine, wenn auch kurze, klinische Beobachtung thunlichst zu empfehlen.

---

[1] Wir befinden uns hier, wie wohl überhaupt mit der Mehrzahl unserer Schlufsfolgerungen, im vollen Einverständnis mit F. Schauta. (*Prager med. Wochenschrift* 1888, No. 29.)

IV. Die Metritis chronica.

Als dritte Aufgabe der Massage hatten wir früher (s. S. 29) die Anregung regelmäfsigen Säftekreislaufes in entweder krankhaft verhärteten bezw. vermehrten oder in erschlafften Geweben der Beckenorgane hingestellt. Es ergibt sich hieraus von selbst eine natürliche Zweiteilung.

Für die erste Art krankhafter Veränderung — Verdichtung oder Wucherung an sich normalen Gewebes — Induration oder Hypertrophie — ist das typische Beispiel die chronische Metritis; (die wenigen sonst in Frage kommenden ähnlichen Zustände sind unter den entzündlichen Vorgängen mit erledigt), für die zweite der sogenannte Gebärmuttervorfall.

Während für die akute Entzündung der Gebärmutter es noch nicht zweifellos ist, ob sich nicht die Muskulatur als solche an derselben betheiligt, steht es für die chronische Form derselben wohl jetzt durchaus fest, dafs sie sich anatomisch lediglich im Bindegewebe abspielt;[1] in jedem Falle tritt das derbe, feste, geschrumpfte Verhalten des letzteren mit der anschliefsenden Zusammendrückung der Gefäfse und dadurch bedingten Derbheit, Blässe und Dicke der Gebärmutter so in den Vordergrund, dafs etwaige Veränderungen der Muskelfasern nur als sekundäre aufzufassen sind.

Wie die akute Metritis als Krankheit für sich allein von allen Autoren als selten, von einzelnen, z. B. von K. Schröder und F. Winckel, als sehr selten bezeichnet wird, hingegen eine fast ständige Begleiterin anderer entzündlicher Vorgänge ist, so verhält es sich auch mit der chronischen Form der Gebärmutterentzündung.

Es gibt kaum einen entzündlichen Vorgang (ja selbst nichtentzündliche krankhafte Zustände, z. B. Erschlaffung, genügen), an welchem sich nicht die bindegewebige Grund-

[1] Vergl. die betr. Abschnitte der Lehrbücher und die daselbst ausführlich angegebene Litteratur.

lage der Gebärmutter beteiligte, mögen dieselben von der Schleimhaut des Organes selbst oder von den Geweben der Adnexa uteri oder selbst von weiter entfernten Eingangspforten (Blase, Mastdarm, Bauchfell) ihren Ausgang nehmen. Die bedeutenderen Forschungsarbeiten unsrer Zeit über die Lymphbahnen und Nervenverbreitung in den Beckenorganen legen diese Beteiligung in ihren Ursachen klar und machen auch die hervorragende Rolle derselben in den klinischen Erscheinungen verständlich. Allein diese Form chronischer Metritis ist immer eine sekundäre. Selbst die scheinbar schwersten Fälle mit starken Hypertrophien bilden sich entweder von selbst zurück unter dem Einflusse der gegen die Grundleiden mit Erfolg angewandten Mittel, oder aber es genügen zugleich oder nachher gebrauchte einfache Mafsnahmen, um sie zu heilen.[1] Auch in den bisher erörterten Abschnitten über Massagebehandlung hat die Metritis chronica nahezu stets die betreffenden Krankheitsvorgänge begleitet, und ist unter der Wirkung der Massage auf die Grundleiden mit abgeheilt. Der unzweifelhaft günstige direkte Einflufs des Verfahrens läfst sich dabei teils durch das Gefühl, noch deutlicher aber durch augenfälligere Beweise — z. B. Veränderung der Absonderung, Abnahme von Länge und Weite (Sondenmessung) — ganz genau verfolgen. Besondere, gegen die Metritis als solche gerichtete Handgriffe, z. B. Zirkelreibungen, Erschütterungen, fanden wir dabei nicht nötig.

Überblicken wir die Berichte anderer Autoren in der Massagelitteratur, so sind bei allen die chronischen Metritiden mit andern, als ursächliche aufzufassenden Entzündungszuständen verbunden gewesen und durch Massage mit beseitigt worden; nur bei Norström (a. a. O.) und Reeves Jackson,

[1] Es genügt wohl, hier auf die jedermann bekannten klassischen Erfolge nach einer Ausreinigung der Gebärmutter, nach einer Emmetschen Operation oder selbst nur nach der Normallagerung eines lange herabgesunkenen bezw rückwärtsgebogenen Uterus zu erinnern.

(Americ. Journ. of obstetr. 1880) scheinen auch einige unkomplizierte Fälle mit zur Behandlung gekommen zu sein.

Es erübrigt deshalb, an dieser Stelle lediglich die für sich allein bestehende chronische Gebärmutterentzündung (isolierte Metritis chronica) zu besprechen. Auch diese Erkrankung ist, wie die allein vorkommende akute Metritis, hochgradig selten. Winkel hat unter seinem reichlichen Leichenmateriale dieselbe in höchstens 4 % der Fälle festzustellen vermocht, und dem kann sich wohl jeder für die praktische Erfahrung anschliefsen.

Sehen wir von der als Sonderding zu betrachtenden Subinvolution ab, so sind uns reine Fälle chronischer Metritis nur bei Masturbation, Präsenilität und langjähriger Unthätigkeit sonst gesunder und geschlechtsthätiger Uteri (Coitus interruptus oder Azoospermie der Ehemänner) bekannt, und auch diese völlig ohne Nebenerkrankung recht selten.[1]

Was haben wir in diesen Fällen von Massage zu erwarten? Sowohl nach den bedingenden Ursachen als nach der Eigenart des anatomischen Befundes wenig. Gelingt es, die Ursache zu beseitigen, was bei einzelnen Fällen, z. B. Coitus interruptus, leicht ist, so heilen die Kranken entweder nach einiger Zeit von selbst bezw. durch Empfängnis; bei der gröfseren Mehrzahl dieser Vorkommnisse ist aber die Ursache nicht zu beseitigen und damit jeder Heilversuch nutzlos oder wenigstens von lediglich vorübergehendem Erfolge. Auch von Massage habe ich dabei nichts Besseres gesehen, als von einer einfacheren Behandlung mit Blutentziehungen, Bädern und dergl. Schnellen Erfolg,

[1] Von der diese begleitenden, meist gutartigen Schleimhauterkrankung ist recht schwer zu sagen ob sie primär oder sekundär sei; ich neige mich zu letzterer Annahme, denn weder der Probelöffel noch die bakteriologische Prüfung — mit allen Mitteln von uns versucht — gibt nennenswerte Aufschlüsse. Auch haben wir beobachtet, dafs der Fluor oder die unregelmäfsigen Blutungen, falls sich eben keine infektiöse Ursache fand, mit der gegen die Metritis gerichteten Therapie ohne besondere Behandlung der Schleimhaut gewöhnlich verschwanden.

sogar scheinbar recht glänzenden, zieht mitunter allerdings die Massage nach sich, aber derselbe ist auch recht bald verrauscht.

Dazu kommt dafs unter diesen Kranken sich viele befinden, welche im Gemütsleben mehr oder minder etwas beeinflufst sind und bei denen infolgedessen jeder Frauenarzt sich auf die dringend nötigsten örtlichen Mafsnahmen beschränken sollte, weil das geringste »Zuviel« mehr seelisch schaden kann, als es vielleicht thatsächlich körperlich für den Augenblick nützt.

Es stehen uns von 1883—87, dem Zeitraum des hier bearbeiteten Materials, 40 Beobachtungen zu Gebote (1 1/3 % der Kranken), von denen mit einiger Bestimmtheit auf Grund längerer Behandlung und mehrfacher Untersuchung alleinstehende, ganz unkomplizierte Metritis chronica angenommen wurde. Nach Ausschaltung von 11 Frauen, welche Jahre hindurch Mafsnahmen gegen Empfängnis getroffen hatten[1], bleiben noch 29 übrig. 12 davon waren lange mit azoospermischen Männern verheiratet und wurden örtlich nicht behandelt. Von den andern 17 wurde bei 12 ein Massageversuch gemacht; nur bei 7 wurde er durchgeführt und hatte in der kurzen Zeit von 3—4 Wochen anscheinend Gutes geleistet. Es sind aber nur 4 Kranke dauernd gesund geblieben, und ich bin überzeugt, nicht durch die Massage allein, sondern durch die erziehliche Einwirkung einer gleichzeitig gegen die zweifellose Masturbation gerichteten hydrotherapeutischen und psychischen Behandlung. Von den Nichtmassierten wurden in allerdings längerer Zeit auch 4 hergestellt, gleichfalls mehr durch allgemeine als durch die nur auf kurze Zeit beschränkten und seltenen örtlichen Mafsnahmen.

Denselben Standpunkt nehmen wir gegenüber der mangelhaften Rückbildung der Gebärmutter nach vollendeter Schwangerschaft — ganz gleich, ob dieselbe am regelmäfsigen Zeitpunkte

[1] Diesen wurde nur Veränderung der ehelichen Lebensweise empfohlen; die Mehrzahl besserte sich bald durch eintretende Schwangerschaft.

oder durch Fehlgeburt früher beendet war — ein. Die anatomischen Verhältnisse der Subinvolution sind noch recht wenig sichergestellt, besonders histologisch; klinisch aber häufen sich die ursächlichen Bedingungen des Zustandekommens derselben so stark, dafs es im Einzelfalle oft ganz besonders schwierig ist, dieselben auseinanderzuhalten. Nur verhältnismäfsig selten bleibt die mangelhafte Rückbildung längere Zeit für sich allein bestehend, fast stets zieht sie in Kürze Lageveränderung durch Erschlaffung oder Schleimhauterkrankung nach sich, oder sie geht in die chronische Form der Gebärmutterverhärtung über. Von vornherein sollte man nun meinen, dafs der Massage in der Behandlung dieses Zustandes ein grofses Feld gegeben sei, und es ist in keiner Weise in Abrede zu stellen, dafs man mittels derselben recht Gutes und zwar in kurzer Zeit erreichen kann. Gleiches läfst sich aber nach unsern reichlichen, sorgfältig gesichteten und verglichenen Erfahrungen auf viel bequemerem Wege erreichen. Die Muskulatur und das gesamte Bindegewebe des Beckens ist während des sogenannten puerperalen Zustandes, besonders zwischen der 3. und 7. Woche nach erfolgter Ausleerung der schwangeren Gebärmutter, in so hohem Grade durch die einfachsten Mittel unsres Heilschatzes beeinflufsbar, dafs wir stets mit denselben auskamen, und zwar in nicht längerer Zeit, als wir bei den Versuchen mit Massage Heilung erreichten. Scheidenspülungen mit nach und nach steigender Wärme (30—36° R.), bei einem (von 30 cm bis 1 m) allmählich wachsenden Wasserdrucke, Halbbäder und Glycerintampons, in schwereren Fällen Zuhilfenahme von Eisen, Chinin, Hydrastis Canadensis und subkutanen Ergotineinspritzungen führten uns, ohne die Frauen öfter oder gar täglich behandeln zu müssen, was gerade in dieser Zeit, besonders bei Nährenden recht mifslich ist, zum Ziele. Deshalb haben wir für die Subinvolution von der Massage[1] Abstand genommen.

[1] Bis auf eine kleine Reihe vergleichender Versuche.

Es sei hier beigefügt, dafs wir gegen die Schleimhauterkrankungen der Gebärmutter als solche absichtlich keine Massageversuche gemacht haben, weil sie nach unsrem Wissen über das Wesen derselben nicht am Platze ist. Vielfach sind selbige soweit sie rein begleitender Natur bei chronischen Entzündungen in dem und um den Uterus waren, mit unsern Massageerfolgen bei diesen Krankheiten von selbst verschwunden. Wenn dieser Fall nicht eintrat, haben wir versucht, die Endometritis mit den entsprechenden Mitteln zu beseitigen.

Ebenfalls nicht befafst haben wir uns mit Massage von Unterleibsgeschwülsten. Es sind von verschiedenen Seiten gegen dieselben Massageversuche gemacht worden; dieselben gehören aber nur dem behandelten Objekte nach in das Gebiet der Frauenheilkunde, der gegen sie in Gebrauch gezogenen Methode nach sind sie der Bauchmassage zuzurechnen.

V. Die Senkungen und Vorfälle.

Bis zu dem vor einigen Jahrzehnten beginnenden Aufschwunge der Frauenheilkunde war die Bekämpfung der Senkungen und Vorfälle der weiblichen Geschlechtsorgane ein, wohl vorwiegend wegen seiner geringen Dankbarkeit, von den Ärzten vernachlässigtes Gebiet und lag zum grofsen Teil in den Händen von Hebammen. Es wurde mit mechanischen, mitunter recht ungenügenden oder ziemlich rohen und nicht unschädlichen Stützmitteln das Vorgefallene zurückgedrängt. Als die Ärzte sich der Sache mehr annahmen, betraten sie zuerst denselben Weg rein mechanischen Vorgehens, und die Einführung der Meyerschen Weichgummiringe bezeichnete bald einen bedeutenden Fortschritt, über welchen viele noch heute nicht hinausgekommen sind. Nach einiger Zeit ergab sich jedoch, dafs die bisherigen mechanischen Versuche zu oft versagten, und nunmehr bemächtigte sich die operative Gynäkologie mit grofser Thatkraft dieser Frage. Zahlreiche Methoden wetteiferten miteinander, die Litteratur der Prolapsoperationen

ist eine ganz bedeutende, und die Heilversuche gipfelten schliefslich in den beiden Endgliedern der Gebärmutterbefestigung nach oben durch Bauchschnitt und ihrer völligen Ausschneidung nach unten.

Allein kein Verfahren genügte für alle vorkommenden Fälle, keines lieferte genügende Dauererfolge, keines schützte vor Rückfällen; selbst das radikalste Vorgehen, nebenher noch wegen nicht fehlender Lebensgefahr im Vergleiche zur Schwere des Grundleidens fragwürdig, brachte Enttäuschungen.

So hat man sich denn in den letzten Jahren die Frage vorgelegt, ob denn auch der operative Weg der besonders richtige sei und ob man wirklich früher die Möglichkeiten, auf rein mechanische oder andre Weise Heilung zu erzielen, genügend erschöpft habe. Die erfreulichen Fortschritte in der anatomischen und physiologischen Kenntnis der Beckenorgane und die vielen Einblicke, welche uns die operativen Mafsnahmen mit ihren Folgezuständen gewährten, forderten geradezu eine solche Revision des früher Erreichten heraus. Dieselbe mufste sich an die Erforschung der ursächlichen Bedingungen der betreffenden Leidensformen anschliefsen.

Die Entstehung von Senkungen und Vorfällen der weiblichen Geschlechtsorgane läfst sich im Wesentlichen auf drei Ursachen zurückführen. Mit ihnen haben wir uns, bevor wir an einen vernunftgemäfsen Heilversuch herantreten, näher bekannt zu machen.

Dieselben sind: *Erschlaffung, Druck oder Zug, Verminderter Widerstand.*

Erschlaffung ist ein Sammelausdruck für verschieden geartete anatomische bezw. physiologische Zustände, welche zu gleicher Endwirkung führen. Erschlaffen, d. h. mangels gesundheitsgemäfser Ernährung die Gewebsspannung einbüfsen, kann sowohl Bindegewebe wie Muskulatur, und zwar infolge von Überausdehnung, Schrumpfung durch Alter oder nach Entzündung, Verfettung durch Krankheiten oder auf konsti-

tutioneller Grundlage. Bei der eigentümlichen Anordnung von Bindegewebe und Muskulatur — und zwar quergestreifter wie latter — im gesamten Becken, einschliefslich des Beckenbauchfells, bei der innigen Verschmelzung und dem vielfachen Übergange derselben ineinander, welche selbst unter den Anatomen noch nicht zu einheitlichen Anschauungen gerührt hat, ist es pathologisch-klinisch nur ganz selten möglich zu entscheiden, ob bei einem gegebenen Falle mehr das Bindegewebe oder die Muskulatur erkrankt ist.[1] Meistens betrifft dieselbe krankmachende Ursache beide, und wir sind daher für jetzt durchaus berechtigt, uns klinisch eines das Gesamtbild verdeutlichenden Ausdruckes wie »Erschlaffung« zu bedienen, wenn er auch kein medizinisch-typischer ist.

Der *Druck* wirkt von oben, der *Zug* von unten auf einzelne Teile der Beckenorgane. Der erstere besteht zunächst in dem gewöhnlichen Bauchinhaltsdrucke; derselbe kann noch vermehrt sein durch Neubildungen aller Art oder durch unzweckmäfsige Gewöhnung.[2] Der letztere wird ausgeübt

---

[1] Es besteht zur Zeit die Streitfrage, ob wir die Erschlaffung lediglich in der Muskulatur des Beckenbodens in erster Linie des Levator ani und in Entzündung des Beckenbindegewebes (Ziegenspeck, E. Fränkel) suchen sollen, oder ob dieselbe vorwiegend in den Muscul. retractor. uteri (Douglasische Falten) ihren Anfang nimmt (B. S. Schultze). Das Richtige liegt, wie wohl immer, wenn mehrere exakte Forscher zu verschiedenem Endziele gelangen, in der Mitte. Es kommt eben beides vor. Zweifellos spielt der Levator ani eine grofse Rolle, allein das perivaginale elastische, durch glatte Muskulatur nahezu erektile, von Venen strotzende Gewebe kann in vielen Fällen ohne Betheiligung des Levator völlig erschlaffen. Ebenso können die Douglasischen Falten für sich allein erschlaffen, ganz gleich, ob der mit diesen verbundene Retractor uteri stark ausgebildet ist oder nicht. Anderseits kommen Schrumpfnarben im Parametrium mit derselben Endwirkung (Erschlaffung) entschieden häufiger vor, als Schultze annimmt. Gute Einsicht über diese in jedem Einzelfalle verschiedenen Verhältnisse bieten die Befunde bei der Ventrofixation retroflektiert verwachsener Gebärmütter.

[2] Z. B. tief hockende Stellung bei Entleerung der Blase und des Darmes oder die von vielen Frauen oft jahrelang aus falscher Ansteckungsfurcht eingehaltene halb stehende, halb hockende Stellung beim Gebrauche von Klosets.

durch Anschwellungen (z. B. Cervixhyperthrophien), Geschwülste, vorher erschlaffte Gewebe.[1]

Unter *vermindertem Widerstand* verstehen wir für gewöhnlich die Folgen von Zerreissungen am Beckenboden, Damm- und tiefere Scheidenrisse aller Art. Für die Entstehung von Vorfällen und Senkungen ist hierbei aber eine Trennung in einfachere Formen, Risse durch Haut- (Schleimhaut) und Bindegewebe und schwere Zerreissungen bis durch die Fascien oder durch die Muskulatur zu machen und meist ausführbar (vgl. S. 137). Aber auch schwere Allgemeinerkrankung und Altersschrumpfung kann mitunter Veränderung der den Beckenboden bildenden Gesamtweichtheile, ohne Bestehen von Rissen, nach sich ziehen, welche deren Widerstand beträchtlich herabsetzt.

Auf diese 3 Ursachen lassen sich nahezu alle zur Beobachtung gelangenden Senkungen und Vorfälle der Geschlechtsorgane zurückführen. Höchst selten aber liegt nur eine derselben vor, fast stets verbinden sich wenigstens zwei derselben zur Ausbildung des gegebenen Zustandes, und nur zu oft finden wir alle drei vergesellschaftet.

Über das zuerst auftretende Moment sind die Meinungen der Frauenärzte mehrfach auseindergegangen.[2] Jetzt dürfte man darüber einig sein, dafs ohne die Erschlaffung weder Druck und Zug noch verminderter Widerstand allein — wenige Fälle ausgenommen — genügen, um ernstere Senkungen oder gar Gesamtvorfälle zu erzeugen. Somit ist die Erschlaffung als Hauptursache anzusehen, und die Lebensthätigkeit der Geschlechtsorgane — Schwangerschaft und Wochenbett, mitunter schon der monatliche Blutandrang — bietet

[1] Von mechanischem Druck bezw. Zug durch ärztliche Mafsnahme bei geburtshülflichen Untersuchungen und Operationen ist hier abgesehen.

[2] Man vergleiche hierüber die bedeutenderen Lehrbücher unserer Zeit, ja selbst nur die verschiedenen, eine Reihe Jahre auseinander liegenden Auflagen eines und desselben, z. B. in betreff der ursächlichen Beziehung von Dammrissen und Vorfällen.

die Gelegenheit zu ihrem Auftreten; aufserdem noch die Altersvorgänge und Allgemeinkrankheiten.

Je nachdem die Erschlaffung nur die Scheide und ihre Umgebung betrifft oder in den Befestigungen der Gebärmutter beginnt, je nachdem diese beiden Formen der Erschlaffung eine auf die andre wirken,[1] und je nachdem nun dazu die beiden andern Herabsenkung bedingenden Faktoren hinzutreten, gestalten sich die in der Endwirkung oft scheinbar so ganz gleichen Bilder, welche sich dem Auge oder dem Finger bei der Untersuchung der Kranken darbieten.

Ist nun die Aufgabe gestellt, eine Senkung oder einen Vorfall[2] der Geschlechtsorgane zu heilen, so fragt es sich erstens, ob wir an einem ausgeprägten, fertigen Krankheitszustand noch eine Zerlegung in die Einzelursachen vornehmen und zweitens, ob wir aldann diese Einzelursachen mit genügenden Hilfsmitteln bekämpfen können.

Das erstere gelingt mittels sorgsamer örtlicher Untersuchung und Rücksichtnahme auf den Gesamtbau des Körpers sowie allgemeine Krankheitsverhältnisse an der betreffenden Kranken mit nur wenigen Ausnahmen.

Was aber unsere Hilfsmittel anlangt, so halten sie wohl an Mannigfaltigkeit, nicht aber an Güte der vorgeschrittenen Erkenntnis der Leidensursachen stand.

---

[1] Betrifft die Erschlaffung primär nur die Scheide und Umgebung, so kann man oft wochen- und monatelang nach einer Geburt das Zusammentreffen von Senkung mit Normallage der Gebärmutter verfolgen; erst ganz allmählich erschlaffen bei ungünstigen Verhältnissen die Douglasischen Falten, und nach und nach tritt Rückwärtslagerung hinzu, fast stets mit schneller Verschlechterung des Befindens verknüpft. Ist die Schlaffheit der Lig. sacrouterina primär, so ist schon bald nach der Geburt, sicher aber, auch bei ganz sorgfältiger Beobachtung und allen möglichen Mafsregeln zur Verhütung, in der 3. bis 4. Woche nach der Entbindung die Rückwärtslagerung des noch nicht zurückgebildeten Uterus nachweisbar; es bedarf dazu keiner entzündlichen Vorgänge im Beckenbindegewebe.

[2] Wir behalten hier die gewöhnliche, gradweise Unterscheidung nach dem Gebrauche der Lehrbücher bei.

Und merkwürdigerweise sind dieselben gegenüber der Hauptursache — nämlich der Erschlaffung — am schwächsten bestellt.

Allerdings haben wir zur Verhütung derselben die Beobachtung des Wochenbettes sorgfältiger gestaltet. Einem frühzeitigen Lagewechsel wird Rechnung getragen, das Zusammenschliefsen der Bauchmuskeln wird beachtet und gefördert, die Diät hat entsprechende Umwandlung erfahren, Störungen der Rückbildung werden vermieden und den gesellschaftlich zur Abhaltung gesundheitsgemäfser Wochenbetten unfähigen Frauen werden passende Zufluchtsstätten geboten.

Ferner begnügen wir uns dem entstehenden oder bereits vorhandenen Vorfalle gegenüber nicht mehr mit einfachen hebenden oder stützenden Mitteln, sondern wir verlangen, dafs die Hauptfolgen der Erschlaffung, nämlich Gebärmutterverlagerung und entzündliche Schwellung, wenn irgend möglich, zugleich mit von diesen Hilfsmitteln beseitigt werden. Allein die Gesamtheit dieser Stützvorrichtungen hat sich auf die Dauer entweder nur für eine geringere Anzahl von Fällen nützlich erwiesen, oder aber ihr Nutzen wird durch anderweitige, von ihnen selbst hervorgerufene Schädlichkeiten mehr oder minder aufgewogen. (Katarrhe, Geschwüre, Druckentzündungen.)

Auch andere Heilversuche, z. B. Kälte und Wärme in Gestalt von Douchen und Bädern, erwiesen sich als unzureichend. Die operativen Methoden wandten sich fast ausschliefslich gegen die sekundären Zustände.[1] Weder mit Damm- und

[1] Es hat sich hier eine theoretische Meinungsverschiedenheit zwischen Profanter und Preuschen-Fraenkel (s. die betr. Veröffentlichungen) geltend gemacht; letztere bekämpfen die Meinung P's., dafs die Massage »kontraktionserregend« auf so lange krankhaft veränderte Gewebe wirken könne. Wir neigen jedoch der Anschauung, P's. zu; durch dauernd wiederholte Reize auf die betr. Nerven — ähnlich wie beim Muskel durch Elektrizität — kann man die Ernährung erschlaffter Gewebe so anregen, dafs sie ihren Tonus wieder gewinnen; ob dann schliefslich zur Heilwirkung der Massage, wie P. meint

Scheidenverengung, noch selbst mit eingreifenden Maſsnahmen vermochte man schweren Erschlaffungszuständen, insbesondere den begleitenden Rückwärtsbeugungen der Gebärmutter zu begegnen. Besonders nach einfacher Scheidendammnaht betrachteten Manche den Rückfall einer Retropositio uteri als ein halbwegs notwendiges Übel und begnügten sich mit einem Scheinerfolge für gewisse Zeit.

Nun sind in den letzten Jahren zwei neue Hilfsmittel gegen die Erschlaffung aufgekommen, welche schon aus theoretischen Gründen vieles für sich hatten — *Massage* und *Elektrizität.*

Von den Anwendungsformen der *Elektrizität* kommt für unsern Zweck nur die faradische in Frage. Daſs der Induktionsstrom eine kräftige, die Gewebsspannung erhöhende, belebende Einwirkung auf beide Arten von Muskulatur besitzt, steht auſser Zweifel. Hingegen ist der Einfluſs desselben auf andere — selbst zusammenziehungsfähige — Gewebe leider gering.

Auf diese, wenn sie entweder verdichtet (starr) oder erschlafft sind, wirkt die *Massage.* Freilich besitzen wir bis jetzt keinen sicheren Nachweis über die Art dieser Wirkung, und auch unsere Vermutungen gehen nicht weiter, als daſs wir entweder einen direkten Einfluſs durch Herstellung verlorener Elastizität mittels oft wiederholter Spannung, oder einen indirekten, mittels Veränderung des feineren Blutkreislaufes und somit der Ernährung des Gewebes durch Nervenreiz annehmen. Die Wiederkehr gesundheitsgemäſser Gewebsspannung durch regelrechte Massage ist aber eine durch die Beobachtung auf andern Gebieten der Therapie festgestellte Thatsache.

Diesen beiden Mitteln hat mit durchaus klarer Erkenntnis-

---

auch regelmäſsige Zusammenziehungen derselben gehören, mag späterer Ergründung vorbehalten bleiben.

der in unsrer bisherigen Behandlungsweise liegenden Mängel Th. Brandt als dritten Hilfsfaktor die *aktive Muskelbewegung* als *Gymnastik* der *Beckenmuskeln*[1] hinzugefügt. Man könnte dieselbe als *Automassage* bezeichnen. Denn wo sie überhaupt anwendbar ist, d. h. bei einigermafsen gut ausgebildeter quergestreifter Muskulatur, ist es physiologisch klar, dafs aktive Muskelthätigkeit allein bei zielbewufstem Verfahren dasselbe und mehr leisten kann, als Elektrizität und Massage zusammen.

Aber Th. Brandt hat auch deutlich erkannt, dafs diesem Hilfsmittel enge Grenzen gezogen sind. Die organische Muskulatur und auch einzelne quergestreifte Muskelgruppen im Becken, welche in verschieden starken und vielfach auseinander gehenden Faserzügen innig mit Bindegewebsmassen verbunden sind, entziehen sich dem Willenseinflusse und somit gymnastischen Übungen fast gänzlich. Für diese, und dieselben sind, da es sich in erster Linie um die Retractores uteri handelt, bei den Erschlaffungszuständen die wichtigsten, hat er darum die Massage aufrecht erhalten.

Wir können deshalb auch nicht der Meinung von Preuschens beipflichten, welcher die Haupteinwirkung des Brandtschen Verfahrens in der Thätigkeitsanregung der Beckenbodenmuskulatur sucht. Gewifs wird deren Erschlaffung durch selbige begegnet und so häufig der als dritte Ursache für Senkungen aufgeführte verminderte Widerstand beseitigt. Wir würden aber damit ohne Dehnungsmassage bezw. (nach Th. Brandt) Lüftungen keinen Dauererfolg erzielen, denn

[1] Ich setze hier die aus Th. Brandts Buche, sowie den Veröffentlichungen Reschs, v. Preuschens, Profanters zu ersehenden Arten des Verfahrens als bekannt voraus. Dafs Brandt gerade der Adduktoren und Abduktoren der Schenkel sich zur Übertragung auf die Beckenmuskeln bediente, wird jedem, der sich die Mühe nimmt, bei Gesunden bezw. an sich selbst entsprechende Versuche anzustellen, als durchaus praktisch richtig einleuchten.

mittels dieser versuchen wir die Erschlaffung der höher gelegenen Teile, insbesondere der Ligamenta sacrouterina zu heilen.

Leider, um bei dem berührten verminderten Widerstande stehen zu bleiben, ist nur allzu oft weder die von uns bis Ende 1887 verwandte Elektrizität, noch die seitdem versuchte Brandtsche Muskelübung imstande, dem Beckenboden Halt zu verleihen, weil durch voraufgegangene Damm- oder Scheidenrisse Durchtrennungen der Muskulatur oder Fascien stattgefunden haben. Man kann diese Fälle von denjenigen durchaus scheiden, welche nur oberflächliche Risse aufweisen. Bei diesen letzteren führt eines der beiden erwähnten Verfahren im Verein mit Massage meist zu mindestens befriedigendem Heilerfolge, bei ersteren kommt man ohne Zuhilfenahme operativer Mafsnahmen nicht aus.

Am wenigsten sind wir in der Lage, die zweite Ursache für Senkungen und Vorfälle zu beeinflussen. Allerdings können wir drückende oder ziehende Geschwülste operativ entfernen. Diesen begegnen wir jedoch bei der geringeren Zahl von Kranken. Weitaus häufiger ist der allgemeine Inhaltsdruck des Leibes durch Bauchmuskelschlaffheit, Schwund der Muskulatur bei Fettbauch, Darmauftreibung, Altersschrumpfung der Gewebe vermehrt, und jeder dieser Zustände bedarf einer Berücksichtigung, welcher meist recht schwierig gerecht zu werden ist. Immerhin sind wir in der Lage, auch gegen diese Verhältnisse unter genauer Beachtung der Einzelperson mit Diätvorschriften, Leibbinden, Bauchmassage anzukämpfen.

Und so hängt, wenn wir auf diese allgemeinen Bemerkungen zurückblicken, die Vorhersage von Erfolg bei den Senkungen und Vorfällen davon ab, wie viele der drei Ursachen im Einzelfalle zusammentreffen und in welchem Grade, sowie welches Alter und welche gesellschaftliche Stellung die betreffende Kranke hat.

Dies wird sich am besten aus einer nunmehrigen

konkreten Betrachtung des von uns Versuchten und Erzielten erhärten lassen.

In noch höherem Grade als bei der Beurteilung von Massagewirkung auf Rückwärtslagerung mufsten die Krankheitsfälle für die Vorfallbehandlung einer scharfen Sichtung unterliegen, um dieselben von Voreingenommenheit frei vergleichen zu können. Es gehört eine recht grofse Anzahl der betreffenden Kranken den niederen Ständen und insonderheit dem Landvolke an und ist schwer, diese Leute einer nicht baldigst Erfolge aufweisenden Behandlung zugänglich zu machen. Sie kommen, um einen »Mutterring« zu erhalten; öftere, regelmäfsige Wiederkehr ist ihnen lästig. Unterstützt man die Massageanwendung, um sie vertrauter zu machen, mit zeitweiliger Einlegung von Stützmitteln, so bleiben sie sofort weg, wenn sie subjektive Erleichterung fühlen, und kehren nur in Pausen wieder, die entweder Massage nicht verwendbar erscheinen oder ihre Erfolge nicht genügend beurteilen lassen. Wir konnten daher nur diejenigen Fälle im folgenden statistisch berücksichtigen, welche längere Zeit beobachtet waren und zur Zeit noch eine Auskunft über die Dauer des Erfolges zu gewähren vermochten. Auch haben wir, wenigstens zu einem Teile, deswegen auf Vergleichstabellen zwischen Massierten und Nichtmassierten verzichtet. Zum andren Teile bewog uns dazu allerdings noch der Umstand, dafs wir in fast allen leichteren[1] Fällen von Herabsenkung der Gebärmutter und Scheide Massage nicht verwendeten, wie z. B. bei der grofsen Mehrzahl der auf einfacher Erschlaffung der Douglasischen Falten beruhenden

---

[1] Es ist freilich schwer zu bestimmen, was man unter »leichteren« Senkungen versteht; wir haben zu denselben diejenigen gerechnet, welche von den Frauen nicht empfunden wurden, sowie solche, bei denen in Steifsrückenlage, wenn die Kranke die Bauchpresse mäfsig anspannte, nur kleine Flächen der Scheide, der Scheidenteil aber gar nicht in der Schamspalte zum Vorschein kam.

Rückwärtslagerungen. Wo wir bei diesen Kranken (vergl. S. 109) nach leichter Emporhebung mit Stützmitteln Normalstellung erreichten, benutzten wir dieselben.[1] Ebenso verhielten wir uns meist gegen die nicht mit Rückwärtslagerung einhergehenden leichteren Scheidensenkungen.

Wir haben nun unsre Massagebeobachtungen eingeteilt in:

Senkungen höheren Grades, bestehend in Vorbuchtungen der Scheide aus der Vulva mit oder ohne Herabsenkung des Uterus bis zu seinem Sichtbarwerden in der Schamspalte, und

Gänzliche Vorfälle (Totalprolapse), bei denen in der nach aufsen umgestülpten Scheide die Gebärmutter ganz oder grofsenteils in, bezw. vor der Schamspalte liegt.

Beide Arten haben wir noch in solche Fälle, bei welchen die Gebärmutter in Rückwärtslagerung sich vorfand, und in solche ohne diesen Befund getrennt, weil für Vorhersage und Dauererfolg zwischen diesen ein recht bedeutender Unterschied besteht.

Nach dieser an die Befunde gelehnten Scheidung versuchten wir nun an die Heilung der Frauen je nach den Einzelursachen, deren Ergründung wir uns von Fall zu Fall zur besonderen Aufgabe machten, heranzutreten.

Wir trachteten darnach, in erster Linie die Erschlaffungszustände, welche wir für das wichtigste ursächliche Moment ansahen, zu beseitigen.

Hierzu diente uns, wo es eben irgend möglich und regelmäfsig durchführbar war, die Massage. Das Technische der besonders gegen Erschlaffung gerichteten Dehnungsmassage findet sich auf S. 22 geschildert. Ob lediglich Streichung und Dehnung der Scheide (entsprechend der »Unterschambein-

---

[1] In 26 Fällen (von 122) war mäfsige Scheidensenkung mit der Erschlaffungsrücklagerung verbunden, davon wurden 11 wegen gleichzeitiger, tiefergehender Dammrisse operativ behandelt; die übrigen besserten sich ohne Massage mit der Pessarbehandlung. Vgl. S. 103, Tab. II, Reihe III.

streichung« Brandts) oder gleichzeitig Empordrängen der Gebärmutter und ihrer Anhänge unter Erstrebung normaler Lagerung etwa rückwärtsgebeugter Uteri (»Lüftung« Brandts) in Verwendung kommt, richtet sich natürlich nach dem Einzelfall. Ebenso verhält es sich mit gleichzeitiger Dehnung und Ausglättung begleitender Narbenstränge durch Zugdruck; gerade bei recht hochgehobenem Genitaltraktus läfst sich derselbe mit gutem Erfolge ausführen.

Will man einigermafsen schnell und ohne Stützmittel vorwärtskommen, so mufs die Massage in den ersten Wochen täglich stattfinden können, und ein Entfernthalten der Frauen von den gewöhnlichen Beschäftigungen ist mindestens recht wünschenswert. War dies beides durchführbar, so enthielten wir uns thunlichst aller Pessarien und gebrauchten höchstens bei hochgradigen Vorfällen mit entzündlichen Abschürfungen Trockentamponade mit Verbandgazen oder Wattenkugeln, welche täglich erneuert wurde; die Erosionen heilten dabei stets in wenigen Tagen.

Konnten die Kranken aber nicht täglich kommen bezw. mufsten sie arbeiten, so nahmen wir Stützmittel zu Hilfe, und zwar ganz vorwiegend zuerst Schalenpessarien,[1] welche oft da noch vollkommen gehalten werden, wo keine andere Form genügt. Aber es blieb immer unser Endziel, dieser Stützmittel wieder entraten zu können. Unter Fortsetzung der Massage gelingt dies allmählich oder man erreicht wenigstens, dafs an Stelle anfänglicher gröfserer, nach und nach kleinere Nummern in Benutzung gezogen werden können.[2]

Thunlichst gleichzeitig mit dem Vorgehen gegen die Erschlaffungszustände mittels Massage wurde die zweite Ursache für Senkung und Vorfall, also Druck von oben oder Zug von

---

[1] Volkmannsche Sammlung klinischer Vorträge. No. 225, S. 32 ff.

[2] Bei der früheren Pessarbehandlung, namentlich derjenigen mit Weichgummiringen, erlebten wir meistens das umgekehrte, nämlich allmählichen Zwang, dieselben immer gröfser nehmen zu müssen.

unten, in Angriff genommen. Handelt es sich um Neubildungen an oder neben der Gebärmutter, so treten die entsprechenden Operationen bezw. Heilverfahren in Wirkung.

Gegen Hängebauch, Bauchmuskelschlaffheit durch Schwund oder Fettansammlung, unzweckmäfsige Lebensweise wurde mit allen je nach den Verhältnissen der Kranken zu Gebote stehenden Mitteln angekämpft.[1] Es sind hierbei die Aussichten für die Wohlhabenderen recht günstige, und haben wir bei denselben oft vorzügliches erreicht. Hingegen sind die Schwierigkeiten für die Frauen der arbeitenden Bevölkerung auf diesem Gebiete ganz aufserordentlich grofse, und die Mehrzahl unsrer mangelhaften Erfolge ist weniger dem Versagen der Massage, als der Ohnmacht gegenüber den treibenden und stets wiederkehrenden Faktoren der zweiten Vorfallursache zuzuschreiben. Wir haben einzelne Fälle wochenlang in die Klinik aufgenommen und in Kürze völlige Heilung erreicht; wenige Wochen des Erwerbslebens, auch unter möglichster Weiterbekämpfung des Rückfalles genügten, um durch erneuten Muskelschwund und hochgradige Anstrengungen der Bauchpresse unsre Bemühungen zu nichte zu machen. (Vergl. S. 153) Auf diesem Gebiete werden wir am längsten mit Mifserfolgen jeglicher Form von Behandlung zu rechnen haben. Etwas günstiger gestalten sich die Heilaussichten, wenn es sich lediglich um Bekämpfung eines Zuges von unten handelt. Von den, je nach ihrer Eigenart zu behandelnden Neubildungen, z. B. fibrösen Polypen, abgesehen, treten uns hierbei vorzugsweise starke Schwellung und Verlängerung des Gebärmutterhalses entgegen. Diese bessert sich

---

[1] Wir sehen davon ab, dieselben hier einzeln eingehender zu beleuchten, Neben diätetischen Vorschriften kamen Leibbinden, Elektrizität, Bauchmassage, und bei den Bessergestellten Heilgymnastik bezw. Turnen in Anwendung. Gerade mit Zuhilfenahme der letzteren Mittel hatten wir Ursache, sehr zufrieden zu sein.

oft schon mit der Massage und deren Einwirkung[1] auf die Lage des Organs oder weicht einer begleitenden Nebenbehandlung; wo wir dies nicht erreichen, kommen wir mit bewährten und gefahrlosen Operationen (Emmet, Keilausschneidung) zum Ziele, ohne so leicht Rückfällen durch Ungunst äufserer Umstände ausgesetzt zu sein, als beim Druck von oben.

Gegen die dritte Ursache — verminderten Widerstand — verhalten wir uns etwas mehr abwartend. Von vornherein führen wir, falls eine Einwirkung der Massage nicht schnell kenntlich wird, die Faradisation gegen dieselbe ins Feld. Natürlich dürfen keine hochgradigen, tiefergehenden Dammverletzungen vorliegen.

Den ursächlichen Wert der Mittelfleischrisse im Verhältnis zum Vorfall haben die Gynäkologen eine Zeitlang überschätzt. Nur ganz selten ist ein solcher die Ursache für einen Vorfall allein. Selbst Bauchpresse, bezw. Baucherschlaffung und Rifs verbunden, geben nicht für die Mehrzahl der Senkungen die Ursache; es tritt das Leiden am häufigsten erst nach Erschlaffung in den Anhängen der Gebärmutter oder im Beckenzellgewebe auf.

Deshalb verspricht zu schnelles operatives Vorgehen, wie es lange geübt worden ist, keine Dauerheilung. Finden wir doch recht schwere Gesamtvorfälle, bei welchen niemals ein nennenswerter Damm- oder Scheidenrifs stattgefunden hat, die vielmehr lediglich einer Rückwärtslagerung der Gebärmutter mit allmählicher Herabdrängung und Umstülpung der Scheide ihre Entstehung verdanken. Ist es dann richtig, verengende Operationen zu machen, ohne die sichere Aussicht, die bedingende Retroposition zu beseitigen?

---

[1] Es ist bekannt, wie auch ohne Massagebehandlung mitunter eine hochgradige Cervixhypertrophie von selbst schwinden kann, wenn ein lange in Rückwärtslagerung befindlicher Uterus dauernd zur richtigen Stellung zurückkehrt; mit Massage erreicht man diese Abschwellung entschieden noch schneller und häufiger.

Aber ebenso falsch als die Überschätzung wäre die Unterschätzung der Damm- und Scheidenrisse. Zweifellos bilden dieselben mit den Hauptanlafs zur Entstehung von Senkung und Vorfall in vielen Fällen, sobald noch eine der andern Ursachen hinzutritt. Wir würden in einen Fehlerkreislauf geraten, wenn wir uns dann mit Beseitigung einer Senkungsursache begnügten und durch Bestehenlassen einer andern dem Rückfalle die Thür offen liefsen. Deshalb müssen zugleich mit der Massage gegen die Erschlaffung und mit den gegen Zug bezw. Druck gerichteten Mafsnahmen wir beginnen, denjenigen Faktoren zu begegnen, welche den Widerstand des Beckenbodens herabgesetzt haben. Dieselben bestehen — von obenberührter sekundärer Erschlaffung abgesehen — vorwiegend in den Folgen von Verletzungen.

Wie erwähnt, versuchten wir überall da, wo die Verletzungen nicht hochgradige[1] waren, bis zum Ende des Jahres 1887 die faradische Elektrizität anzuwenden. Dies geschah je nach dem Falle durch Ansetzen einer Elektrode an den Damm oder in die Scheide, während die andre über der Schamfuge oder am Kreuz sich befand. Form der Elektroden und Stromstärke wurden nach Verhältnissen und Personen gerichtet.

Die Anwendung des Stromes hat natürlich im Vorhandensein einer genügend erregbaren Muskulatur ihre Grenzen; wo

---

[1] Es kann für die Bezeichnung »hochgradig« schwer eine genaue Bestimmung gegeben werden. Es kann selbst bei Beteiligung des Mastdarms an der Zerreifsung von Haut und Schleimhaut die Muskulatur des Beckenbodens so kräftig erhalten und vom Risse umgangen sein, so dafs kaum eine Vorbuchtung der hinteren Scheidenwand eintritt, und es kann anderseits bei fast erhaltenem Damm ein scheinbar einfacher Scheidenrifs so tief gehen, dafs grofse Teile der Schliefsmuskulatur und selbst nach vorn strebende Bündel des Levator ani zerrissen oder durch entzündliche Schrumpfung unthätig geworden sind. Hier entscheidet immer die Untersuchung des Einzelfalles, und für die Beurteilung mafsgebend ist vorwiegend der Sphincter ani internus und der Levator ani.

dieselbe zerstört oder, was noch häufiger vorkommt, lediglich durchtrennt und durch zwischengelagertes Binde- und Narbengewebe leistungsunfähig geworden ist, tritt ein Erfolg nicht ein. Wir sind alsdann stets zur operativen Behandlung übergegangen, jedoch immer erst, nachdem den Erschlaffungszuständen durch Massage begegnet und möglichst eine Richtiglagerung der Gebärmutter erreicht oder wenigstens mit allen Mitteln erstrebt war.

Ähnlicher Begrenzung ihrer Wirksamkeit unterliegen die Widerstandsbewegungen Th. Brandts. Wir haben dieselben bereits gewürdigt (S. 130) und sind überzeugt, dafs dieselben sich mehr und mehr Eingang verschaffen werden. Sie leisten für den Beckenboden bei erhaltener Muskulatur Vorzügliches, und auf diesem Gebiete werden wir vom Gymnasten zu lernen und das Gelernte noch fernerhin zu erweitern und zu verbessern haben.

Für unsere hier aufzuzählenden Beobachtungen ist dieses Verfahren nicht benutzt worden,[1] um so interessanter wird sich später ein Vergleich mit dem durch Brandts Mafsnahmen Erreichbaren gestalten.

Verfolgen wir jetzt, wieviel, fufsend auf den bisher erörterten Anschauungen, wir an Erfolg aufzuweisen haben, so ist aufser den bereits angeführten Beschränkungen (S. 133) zu bemerken, dafs wir bei der Vorfallbehandlung nicht wie bei den Rückwärtslagerungen 1 Jahr, sondern 2 Jahre als Mindestdauer der Nachprüfung des von uns Erzielten angenommen haben; nur bei einer geringen Zahl der verwerteten Fälle sind diese 2 Jahre noch nicht voll, aber das Endergebnis derselben dürfte in den wenigen fehlenden Monaten keine Veränderung mehr erleiden.

---

[1] Wir selbst haben seit Anfang 1888 begonnen, die Widerstandsbewegungen einzuführen an Stelle der Faradisation; eine Beurteilung von Dauerheilung ist aber erst nach ein paar Jahren möglich.

Tabelle IV.

Ursäehliehe Beziehungen	1 Erschlaffung	2 Zug u. Druek	3 Verminderter Widerstand	1+2	1+3	2+3	1+2+3	Sa.
Senkungen mit Rüekwärtslagerung.	10 (3)	0	0	4	5	0	30 (9)	49 (12)
Senkungen ohne Rüekwärtslagerung.	3	4 (1)	13 (3)	2 (1)	5 (5)	6 (1)	15 (7)	48 (18)
Gesamtvorfälle mit Rückwärtslagerung.	6 (2)	0	0	2	4 (1)	2 (1)	14 (6)	28 (10)
Gesamtvorfälle ohne Rüekwärtslagerung.	0	3 (2)	2 (2)	0	0	2	5 (2)	12 (6)
Summa:	19 (5)	7 (3)	15 (5)	8 (1)	14 (6)	10 (2)	64 (24)	Gesamts.: 137 (46)

Es kamen zum Heilversuche mit Massage von 1883—87 an regelmäfsig behandelten und bis jetzt (Herbst 1889) nachbeobachteten Kranken

49 Fälle von Senkungen höheren Grades mit Rückwärtsstellung der Gebärmutter[1];

48 Fälle derselben Art ohne Verlagerung des Uterus;

40[2] Gesamtvorfälle, von denen 28 mit Retroposition verknüpft waren, während 12 dieselbe nicht aufwiesen.

Auf Tabelle IV ist der Versuch gemacht, die Fälle nach den ursächlichen Bedingungen zu trennen. Die in Klammer aufgeführten Zahlen geben an, wieviele der betr. Kranken sich bereits jenseits des klimakterischen Alters befanden.

Dieser Versuch ist auch bei möglichster Sorgfalt nicht von gewisser subjektiver Beeinflussung freizuhalten; wir versuchten derselben so zu begegnen, dafs wir Erschlaffung als alleinige Ursache nur dann annahmen, wenn weder Druck (bezw. Zug), noch verminderter Widerstand nachzuweisen war.

Überall zeigt sich, zunächst ohne Rücksicht auf das Alter der Frauen, dafs die gröfste Anzahl derselben alle drei Bedingungen zur Entstehung von Vorfall vereint aufweist. Sobald es sich aber um zwei oder gar nur eine Endursache handelt, ändert sich das Bild.

Auf Erschlaffung allein liefs sich — wie zu erwarten stand — eine bedeutende Anzahl der sämtlichen mit Rückwärtslagerung der Gebärmutter einhergehenden Fälle zurückführen; hingegen kamen auf verminderten Widerstand allein recht

---

[1] Diese 49 Fälle sind die auf Tab. III. S. 104 bei den Rückwärtslagerungen unter Rubrik III und IV aufgeführten, auf S. 109 besprochenen.

[2] Die Totalprolapse sind in unserer früheren Statistik der Rückwärtslagerungen absichtlich nicht verzeichnet. Einerseits wollten wir die sonst unvermeidlichen Wiederholungen umgehen, anderseits tritt beim Gesamtvorfall die Retroposition so in Verbindung mit andern krankhaften Zuständen auf, dafs man sie nicht mehr für sich allein, sondern nur im Bilde des Ganzen betrachten darf. 5 der Totalprolapse stammen der ersten Aufnahme nach noch aus dem Jahre 1882.

Tabelle V.

Heilungsverhältnisse	Völlig geheilt mit normaler Lagerung der Organe	Relativgeheilt: Normallage d. Organe mit Gebrauch von Pessarien	Beschwerdefrei ohne Stützmittel. Organe nicht normal gelagert	Nach vorhergehender Massage operativ behandelt: Völlig hergestellt mit normaler Lage der Organe	Teilweise hergestellt: beschwerdefrei; Organe nicht norm. gelagert	Sa.	
Senkungen mit Rückwärtslagerung.	9 (1)	20 (6)	9	7 (2)	3 (3)	48 (12)	1 Fall gänzlich ungeheilt geblieben.
Senkungen ohne Rückwärtslagerung.	18 (2)	15 (8)	0	9 (4)	6 (4)	48 (18)	
Gesamtvorfälle mit Rückwärtslagerung.	7 (1)	8 (3)	0	7 (1)	6 (5)	28 (10)	
Gesamtvorfälle ohne Rückwärtslagerung.	2	2	0	5 (4)	3 (2)	12 (6)	
Summa:	36 (4)	45 (17)	9	28 (11)	18 (14)	137 (46)	

viele der mittelschweren Senkungen ohne Retrodeviatio uteri, — auch dies ist am ehesten der Theorie entsprechend. Ursache 2 (Druck bezw. Zug) allein bewirkt am seltensten das Herabtreten der Organe, hingegen häufiger, und zwar ungefähr gleich oft, wenn sie sich mit Ursache 1 oder 3 vereinigt.

Tabelle V ist bestimmt, eine Gesamtübersicht des Heilerfolges zu ermöglichen.

Dieselbe weist unter 137 Fällen 36 vollständige, 2 Jahre rückfallfreie Heilungen mit regelmäfsiger Lage der Organe insbesondere der Gebärmutter, mittels Massage bezw. Elektrizität auf, d. i. 26,2%.

Machen wir eine Unterscheidung nach hochgradigen Senkungen und Gesamtvorfällen (s. S. 134), so war das Heilungsverhältnis bei ersteren 1 : $3^5/_9$ = 26,8%, bei letzteren 1 : $4^1/_2$ = 20,5%. Wollen wir hingegen eine Trennung der Vorfälle lediglich darnach gelten lassen, ob sie mit Rückwärtslagerung verbunden sind oder nicht, ohne Rücksicht auf die Hochgradigkeit des Herabsinkens, so gestaltet sich das Heilverhältnis für erstere Zusammenstellung ungünstiger, nämlich folgendermafsen:

Von den nicht mit Retroposition verbundenen 1 : 3 = $33^1/_3$%,

von den mit derselben einhergehenden 1 : $4^3/_4$ = 20,8%.

Trotzdem dieses Ergebnis noch weit entfernt ist, hochgespannten Erwartungen zu genügen, so übertrifft es doch alle bis jetzt zur Verfügung stehenden Heilwege ganz beträchtlich. Und wenn wir auch bei einer kritischen Sonderung[1] sofort zugeben, dafs die Meistzahl der Heilungen auf die nicht ganz schweren Vorfälle sich bezieht, dafs sie fernerhin vorwiegend Personen im besten, geschlechtsreifen Alter betrifft, bei denen meist Ursache 3 — verminderter Wider-

---

[1] Gestützt auf die Erörterungen der nächstfolgenden Seiten.

stand — nicht vorhanden war, und wenn wir sogar schliefslich anerkennen werden, dafs gesellschaftlich gutgestellte Frauen sich in gröfserer Anzahl unter den völlig Geheilten befinden, als Arbeiterinnen, so bleibt dennoch dieselbe Thatsache bestehen. Es gelingt auch unter ganz gleichen Verhältnissen mit keinem andern nichtoperativen Heilverfahren annähernd gleich viele und gute Dauererfolge zu erzielen.

Diejenigen Frauen, welche nur soweit hergestellt werden konnten, dafs sie mit einem Stützapparat sich ständig wohlfühlten oder ohne solchen beschwerdefrei bei nicht erreichter Richtiglage der Organe waren, teilen wir zunächst zur Übersicht ebenso ein, als die völlig geheilten.

Von den Senkungen höheren Grades wurden relativ geheilt: 1 : 2,8 = 45,4%.

Von den Gesamtvorfällen hingegen 1 : 3,6 = 27,5%.

Dieselben Fälle nach der Beteiligung von Rückwärtslagerung betrachtet, ergeben, dafs bei Nichtvorhandensein einer solchen das Heilverhältnis 1 : 2,1 = 48%, hingegen bei Zusammentreffen damit 1 : 3,3 = 30% beträgt. Wie ersichtlich, bestehen also auch hier, wie oben, deutliche Abweichungen zu Gunsten der nicht mit Retroposition behafteten Kranken.

Nun vermag man allerdings auch ohne Massage und Elektrizität eine grofse, vieleicht ebensogrofse Anzahl von Frauen bis zu dem gleichen Ziele, Wohlbefinden mit Stützmitteln, zu bringen. Aber es bestehen doch einige ganz bedeutende Unterschiede.

Erstens haben wir eine Reihe von Kranken — in erster Linie 8 von den mit Rückwärtslagerung verbundenen Senkungen, soweit gebracht, dafs sie ohne Stützmittel völlig beschwerdefrei waren, wenn auch der objektive Befund gänzliche Rückbildung vermissen liefs.

Zweitens ist es uns geglückt, in allen Fällen mit ganz einfachen Stützmitteln — Hodge- oder Schalenpessarien — Wohlbefinden zu erzielen. Dabei vermochten wir obendrein

durch fortgesetzte Massage die Gröfse dieser Stützinstrumente immer mehr herabzusetzen und schliefslich mit kleinen Nummern auszukommen.

Drittens aber ist, bis auf eine[1], auch keine einzige unsrer Kranken ungeheilt geblieben. Auch die schwersten und verzweifeltsten Gesamtvorfälle selbst recht alter Frauen haben wir durch unser Vorgehen soweit gebracht, dafs schliefslich ein einfaches Pessarium dieselben beschwerdelos zurückhielt, und dafs wir nie mehr **T** Binden, Hysterophore oder so zweischneidige Mittel, wie Zwanckscher Flügelschrauben oder Breiskysche Eiformen benötigten.

Zweifellos hätten wir manche Kranke dieser Gruppe auf operativem Wege noch weiter bringen können. Dies scheiterte vorwiegend an dem Willen derselben, da sie sich genügend gebessert glaubten, wenn sie mit einfachem Stützmittel beschwerdefrei waren. Mitunter aber wurde uns die entscheidende Frage gestellt, ob wir durch Operation eine noch bessere Heilung sicher zusagen und für deren Dauer einstehen könnten? Und wir mufsten, falls es sich um schwere Rückwärtslagerungen, oder ältere Frauen, oder Zusammentreffen mit schlechter Allgemeinbeschaffenheit des Körpers bezw. sehr ungünstige Lebensbedingungen handelte, die Frage entweder offen lassen oder direkt verneinen. Dazu lag, wie wir sehen werden, nach unseren Erfahrungen volle Berechtigung vor. Wer wollte es dann den Frauen verargen, wenn sie das einfache Pessartragen vorzogen?!

Fassen wir nun zusammen, was sich ohne chirurgische Eingriffe erreichen liefs, so wurden hergestellt von den Kranken der

Gruppen I und II:	Senkungen . . .	73 %,
» III » IV:	Gesamtvorfälle .	50 %,
von der Gesamtzahl der Frauen	. .	66,4 %.

[1] Diese Frau bot nach allen Richtungen ungünstige Bedingungen, insbesondere wegen Fibrombelastung des retroflektiert prolabierten Uterus, verweigerte aber beharrlich — bis heute — jeden Eingriff.

Versuchen wir nun zu ergründen, welche Hindernisse die völlige Heilung so erschwerten, sowohl nach der nicht operativen, als nach der operativen Seite hin, so treten uns von vornherein zwei Wahrscheinlichkeitsursachen entgegen, nämlich 1. das Zusammentreffen der Vorfälle mit Senilität, 2. die von uns aufgeführte dritte Senkungsursache, d. h. verminderter Beckenbodenwiderstand durch Damm- bezw. Scheidendefekte. Unterziehen wir diese beiden einer Sonderbetrachtung, so ergibt sich unter Zuhilfenahme der Tabelle VI zunächst für die älteren Frauen:

Tabelle VI.

Übersicht der Heilverhältnisse bei senilen Frauen.	Gesamtzahl	Völlig geheilt		Relativ geheilt	
		Massage (+ Faradisation)	Massage + Operation	Massage (+ Faradisation)	Massage + Operation
Senkungen mit Rückwärtslagerung.	12	1	2	6	3
Senkungen ohne Rückwärtslagerung.	18	2	4	8	4
Gesamtvorfälle mit Rückwärtslagerung.	10	1	1	3	5
Gesamtvorfälle ohne Rückwärtslagerung.	6	0	2	0	4
Summa:	46	4	9	17	16

Unter 137 Fällen befanden sich 46 = 1/3 jenseits der Klimax. Von diesen wurden gänzlich geheilt 4. Da im

ganzen völlig geheilt wurden 36 Frauen, so kommt auf die senilen nur $^1/_8$ = $12^1/_2$% der Heilungen, während sie $^1/_3$ = $33^1/_3$% aller Kranken bildeten. Oder, anders ausgedrückt, wurden von

91 Frauen im geschlechtsthätigen Alter geheilt 32 = 35,2 %,
hingegen von 46 Frauen jenseits dieses Alters 4 = 8,7 %.

Eine relative Heilung (Pessartragen) wurde erzielt unter

91 Frauen vor der Klimax bei 37 = 40,7 %,

hingegen unter

46 Frauen nach der Klimax bei 17 = 37 %.

Die annähernde Gleichheit dieser Zahlen ist ohne weiteres verständlich.

Zu operativem Einschreiten, auch trotz Massage, drängten von den 91 Frauen der ersten Gruppe 21 = 23%, von den 46 der zweiten 25 = 54,4%.

Auch diese Zahlen bedürfen kaum einer Erläuterung.

Und berücksichtigen wir nach Tabelle VII das mit Operationen Erreichte, so stellt sich das Verhältnis für die älteren Frauen ebenfalls recht ungünstig. Während von 21 Frauen vor Aufhören der Regel schliefslich bei 18 durch das Messer eine völlige Heilung erzielt werden konnte, gelang dies bei 25 senilen nur 11mal, ein Gegensatz von 72,0 : 40,4%. Bei 14 der älteren Frauen war auch nach chirurgischem Eingreifen der Erfolg nur ein relativer; entweder mufsten wir später doch wieder Stützmittel heranziehen, oder es kehrten die Senkungen für den objektiven Befund teilweise zurück, wenn sie auch persönlich nicht in der früheren Stärke zur Empfindung gelangten.

Warum sind nun die Enderfolge für ältere Frauen so wenig günstige?

Werfen wir, um dies zu erklären, zuvörderst einen Blick auf unsre Ursachenübersicht (Tab. IV). Von den 46 Senilen boten 24 alle drei Vorfallursachen vereint dar, bei 9 war aufserdem noch Ursache 3 mit 1 oder 2 allein verbunden;

Tabelle VII.

Operationserfolge mit oder ohne vorhergegangene Massagebehandlung.	Mit Massage				Ohne Massage			
	Geschlechtsthätige Frauen	Davon völlig geheilt	Senile	Davon völlig geheilt	Geschlechtsthätige Frauen	Davon völlig geheilt	Senile	Davon völlig geheilt
Senkungen mit Rückwärtslagerung.	5	5	5	2	6	3	2	1
Senkungen ohne Rückwärtslagerung.	7	5	8	4	4	3	1	1
Gesamtvorfälle mit Rückwärtslagerung.	7	6	6	1	9	3	10	3
Gesamtvorfälle ohne Rückwärtslagerung.	2	2	6	4	4	3	2	1
Summa:	21	18	25	11	23	12	15	6

es hatten also 33 Scheidendammdefekte = 71,7%. Allerdings werden wir eine annähernde Zahl auch für die nicht jenseits der Klimax befindlichen feststellen, aber für ältere Frauen hat dieses Zusammentreffen doch eine ernstere Bedeutung (vergl. S. 150).

Es hat nämlich die überwiegende Mehrzahl unsrer Kranken (38) die Herabsenkung der Geschlechtsteile erst verschieden lange (meist 2—4 Jahre) nach dem Erlöschen der Monatsblutung erworben, und auch bei den übrigen (8) ist dieselbe erst mit derselben Zeit schlimmer geworden.

Nun besteht ja kein Zweifel darüber, dafs örtlich in den Geschlechtsorganen der Frauen in diesem Lebensabschnitt, selbst

wenn sie sich im übrigen einer blühenden Gesundheit und körperlicher Vollkraft erfreuen, Rückbildungsvorgänge verlaufen, bestehend in Fettaufsaugung, in geringerem Kreislauf[1] und infolgedessen in Elastizitätsverlust bezw. Schrumpfung des Bindegewebes. Findet zu gleicher Zeit ein höherer Druck von oben statt, für welchen durch gerade dann öfter vorkommende Geschwulstbildung oder Fettbauch oder auch Bauchmuskelschwund häufig genug Gelegenheit geboten wird, und gesellt sich zu der abnehmenden Gewebsspannung des Beckenbodens ein Defekt in demselben, so treten die Folgen in den verschiedenen Graden der Senkung zu Tage.

Schon theoretisch ist nun klar, dafs auf diese weniger krankhaften, als in den Lebensbedingungen liegenden Zustände die Anwendung von Massage und Elektrizität nicht glänzende Aussichten bietet. Dem entspricht die Wirklichkeit. Hier und da erringen wir noch einen vollständigen Erfolg, in vielen Fällen gelingt es wenigstens, eine Abstützung durch Pessarien unter gleichzeitiger Massage zu erreichen, und inzwischen den von oben wirkenden Faktoren entgegenzuarbeiten.

Auch mit Zuhilfenahme von Gymnastik und Widerstandsbewegungen ist bei Senilen wenig mehr zu erreichen; das haben wir schon jetzt mit Sicherheit festgestellt und alle, welche sich mit Th. Brandts Verfahren befafst haben, — er selbst nicht ausgenommen — drücken sich in dieser Richtung gleichfalls vorsichtig aus.

Am ehesten bietet die operative Beseitigung der Mängel am Beckenboden, die Herstellung eines breiten Scheidendammwalles, noch bei den älteren Frauen Heilaussichten. Es ist jedoch wünschenswert, dafs diese Operationen möglichst bald nach Eintritt der Klimax, bezw. bei Auftreten der ersten Vorfallerscheinungen ausgeführt werden; je später die Kranken sich

[1] Durch Veränderung im Füllungsgrade und in der Beschaffenheit der Gefäfse (Atheromatose).

zu dem Eingriffe entschlossen, um so weniger war der Enderfolg ein völliger. Leider predigt der Frauenarzt hierbei oft tauben Ohren, und die vorübergehenden Scheinerfolge von Pessareinlegung veranlassen häufig genug selbst Ärzte, den Kranken ab- statt zuzureden. Unsre sämtlichen durch Operation geheilten 11 Fälle betreffen Frauen zwischen 47 und 53 Jahren, und die 14 mangelhaft hergestellten, bis auf einen, solche höheren Alters!

Dafs bei senilen Frauen es für die Aussichten des Operationserfolges sich ziemlich gleich bleibt, ob dem Versuche chirurgischer Hilfe Massage voraufging oder nicht, ist nach diesen Erörterungen verständlich. So sehen wir denn auch, dafs unter 38 Scheidendammnähten (vergl. Tab. VII) bei nicht massierten Frauen sich 15 senile befinden; von denselben wurden 6 vollständig, 9 nicht vollständig geheilt. Wiederum war keine der hergestellten über, keine der nicht ganz hergestellten unter 55 Jahren alt. Es liegt also auch hierin eine Stütze des oben Gesagten!

Ganz anders gestaltet sich das Bild, wenn wir nun denjenigen Ursachen nachgehen, durch welche die noch in geschlechtsthätigem Alter befindlichen Frauen mittels Massage und Elektrizität nur unvollständig geheilt werden konnten.

Allerdings war auch unter den betreffenden 91 Frauen 65mal die dritte Vorfallursache — verminderter Widerstand — in Gestalt eines Damm- oder Scheidenrisses nachweisbar, also in 72,5% (vergl. oben S. 148), und bei 40 Frauen = 44% trafen alle drei Vorfallbedingungen zusammen. Und doch gelang es 21 derselben gänzlich herzustellen und die Operationen auf 21 = 23% einzuschränken. Von den schliefslich operierten 21 Frauen boten 19 alle drei Ursachen vereint dar, nur 2 das Zusammentreffen zweier Faktoren. Hingegen glückte es, die gröfsere Mehrzahl der Frauen ohne Operation herzustellen, und darunter von denjenigen, welchen alle drei Ursachen gemeinsam waren 8, von den übrigen 24 voll-

ständig. Es mufs demnach die dritte Senkungsursache (Dammdefekte) für die geschlechtsthätigen Frauen eine viel geringere Bedeutung besitzen. Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung bieten unsre operativen Fälle selbst. Allerdings hatten wir, wenn die Massage nicht zum Heilziele führte und die Kranken sich zu einer abschliefsenden Operation entschlossen, unter 21 Frauen bei 18 einen vollständigen Dauererfolg aufzuweisen. Hingegen vollzogen wir dieselben Eingriffe 23 mal in derselben Weise an Frauen in gleichen Altersverhältnissen mit verschieden hochgradigen Vorfällen, welche Massagebehandlung entweder verweigert hatten, oder bei denen sie aus äufseren Gründen nicht anwendbar war. Von diesen 23 (vergl. Tab. VII) konnten nur 10 als dauernd geheilt bezeichnet werden; bei 13 kamen mehr oder weniger, und zwar vorwiegend auf Grund nicht oder ungenügend behandelter Rückwärtslagerung der Gebärmutter, Rückfälle der Beschwerden oder der Senkung selbst zur Beobachtung.[1]

Als ferner beweisend dafür, dafs Erschlaffung und Druck, also Ursache 1 und 2, bei geschlechtsthätigen Frauen wichtiger sind, als der verminderte Widerstand, dienen noch zwei von uns festgestellte Thatsachen. Zunächst traten mehrere der massierten Frauen, welche seit Jahren gänzlich geheilt sind, in die klimakterische Zeit über, im ganzen 6. Bei keiner derselben ist bisher, obwohl die allerdings mäfsigen Dammscheidenverletzungen natürlich fortbestanden, ein Rückfall eingetreten; die Involution geht ganz regelrecht vor sich; sie gehörten sämtlich zu den mit Rückwärtslagerung verbundenen Senkungsfällen, und wir legten natürlich das Hauptgewicht der Massageheilung auf Beseitigung der Retroposition. Auch von unsren nur relativ geheilten Kranken sind einige über

[1] Die allerdings zeitweise im Laufe der Jahre etwas verschiedenen Operationsmethoden können dabei kaum in Frage kommen, da die primären Erfolge stets die gleichen, guten waren.

die Zeit der Eierstocksthätigkeit seit mehreren Jahren hinausgekommen, ohne irgend eine Verschlimmerung aufzuweisen.

Ferner aber kommen entscheidend in Betracht solche Fälle, bei denen wohl eine Erschlaffung des Beckenbodens auf allgemeiner Ernährungsgrundlage, nicht aber eine irgendwie nennenswerte Damm- oder Scheidenverletzung nachweisbar gewesen ist. Unter den erwähnten Operierten ohne vorhergehende Massage befanden sich fünf derartige schwere Erschlaffungsvorfälle mit Scheidenwucherung und Rückwärtsknickung der Gebärmutter; auch nicht einer hat zu völliger Heilung geführt, und zwei hatten schon im ersten Jahre Rückfälle. Hingegen haben wir von 26 gleichartigen Erkrankungen, darunter einige ganz schwere, die zur Massage herangezogen werden konnten, keine zu operieren brauchen, und 11 gänzlich hergestellt (vergl. S. 140. Tab. IV).

Es soll mit diesen Ausführungen natürlich nicht gesagt sein, dafs die Beseitigung von Scheidendammrissen im geschlechtsthätigen Alter der Frauen nicht notwendig sei. Dazu liegen neben den Senkungen noch genug andere Ursachen, z. B. Scheiden- und Cervixkatarrh, vor. Nur in ihrer Beziehung zu Vorfällen und zu den Senkungsklagen der Frauen beurteile man sie vorsichtiger, und wo hochgradige Erschlaffungszustände und vor allem zugleich Rückwärtslagerungen bestehen, suche man erst diesen mit allen Mitteln zu begegnen, ehe man operiert. Selbst für die Dammplastik bei den schwereren, Teile des Mastdarms einschliefsenden Rissen, sind wir bei gleichzeitigem Vorfall in den letzten Jahren von einer grundsätzlichen Massagevorbehandlung möglichst nicht abgegangen und glauben mit ziemlicher Bestimmtheit hierdurch bessere Dauerheilung der nachher Operierten erzielt zu haben.

Sehen wir ferner die breite Schicht der relativ geheilten Frauen im geschlechtsreifen Alter auf die Ursachen des mangelhaften Erfolges hin an, so hat hier der Begriff des »Relativen«, so unangenehm er klingt, seine volle Berechti-

gung. Wir glaubten eine ganze Anzahl dieser Kranken schon gänzlich geheilt zu haben, und wenn wir Einzelfälle bezw. scheinbare Wunderkuren hätten veröffentlichen wollen, so hätte es an Material nicht gefehlt. Allein eine längere Nachprüfung zeitigte nur allzuoft in verschieden langer Zeit Rückkehr der Beschwerden oder der objektiven Befunde, so dafs wir schliefslich solche Frauen nur als teilweise geheilt bezeichnen durften. Dafs hierbei wohl kaum die Massage bezw. Elektrizität beschuldigt werden kann, möge Tabelle VIII lehren. Es sind auf derselben die Beobachtungen an wohlhabenden Frauen, welche sich Ruhe gönnen, Bäder besuchen, Gymnastik treiben, kurz alles für sich thun konnten, ohne schwer arbeiten zu müssen, denjenigen gegenübergestellt, welche auf härtere Arbeit bezw. Erwerb angewiesen waren.

Von 50 Frauen der ersten Abteilung, darunter 16 senile, konnten 35, darunter 11 senile, durch Massage mit oder ohne anschliefsende Operation gänzlich hergestellt werden; nur 15 fallen somit in die Klasse der »relativ geheilten«. Dazu im Gegensatze müssen dieser Klasse von den 87 (28 senile) Kranken der zweiten Abteilung 58 (22 senile) zugewiesen werden, und nur 29 (6 senile) kamen zur völligen Heilung.

Diese Übersicht entwirft uns ein wenig erfreuliches Bild über den Abstand zwischen unsern Bemühungen und deren Leistungsmöglichkeit, je nach der gesellschaftlichen Lage der Kranken. Sie spricht aber auch recht zu Gunsten der Massage, denn bei den Unbemittelten haben wir mit ihr verhältnismäfsig noch am meisten und Besseres zu Wege gebracht, als mit chirurgischer Nachilfe.

Hätten nun nicht viele dieser relativ geheilten Frauen mittels Operation noch weiter gebracht werden können?

Es bedarf wohl kaum der Versicherung, dafs wir, namentlich in den ersten Massagejahren, als wir über Dauererfolge uns noch nicht im klaren befanden, kein Mittel unversucht und keine Zurede unversäumt gelassen haben, um die Betreffenden

Tabelle VIII.

Verteilung des Heilerfolges nach der gesellschaftlichen Stellung der Frauen. ( ) = senile.	Wohlhabende	Mit Massage geheilt	Mit Massage + Operation geheilt	Unbemittelte	Mit Massage geheilt	Mit Massage + Operation geheilt
Senkungen mit Rückwärtslagerung.	20 (5)	4 (1)	4 (1)	29 (7)	6	2 (1)
Senkungen ohne Rückwärtslagerung.	18 (6)	11 (2)	6 (3)	30 (12)	7 (2)	3 (1)
Gesamtvorfälle mit Rückwärtslagerung.	8 (3)	3 (1)	3 (1)	20. (5)	4	4
Gesamtvorfälle ohne Rückwärtslagerung.	4 (2)	2	2 (2)	8 (4)	0	3 (2)
Summa:	50 (16)	20 (4)	15 (7)	87 (28)	17 (2)	12 (4)
		35 (11)			29 (6)	

dem chirurgischen Eingriffe günstig zu stimmen. Wir verfehlten den Zweck aus den mannigfachen Gründen, deren wir bereits an verschiedenen Stellen gedacht haben.

Stellen wir nun (einmal ausnahmsweise) eine Wahrscheinlichkeitsberechnung an, was erreichbar gewesen wäre, wenn die nicht gänzlich geheilten Frauen sich zu Operationen entschlossen hätten. Von den für sich erledigten Senilen (Tab. VI) sehen wir ab.

Unter 91 im geschlechtsreifen Alter Befindlichen hatten irgendwelche Scheidendammverletzungen 65 Frauen; von diesen wurden gänzlich geheilt ohne Operation 21, operiert

ebenfalls 21. Von den 23 übrigen hätten bei Entschlufs zu chirurgischer Nachhilfe $^7/_{10} = 16$ die Aussicht auf vollen Erfolg gehabt, wenn wir mit gleich günstigem Ergebnis operiert hätten.[1] (Wir heilten ja von obigen 21 Operierten 18.) Es hätten somit $18 + 16 = 34$ durch schliefsliche Zuhilfenahme des Messers gänzlich Geheilte den 21 ohne solche Hergestellten gegenüber gestanden, und wären nur $3 + 7 = 10$ (15,4 %) Frauen mit ungenügender Heilung übrig geblieben.

Und gehen wir noch einen Schritt weiter und nehmen an, dafs wir auch bei allen denen operative Heilversuche gemacht hätten, welche, ohne Damm- oder Scheidenrisse aufzuweisen, nicht mittels Massage (+ Elektrizität) heilbar waren, so hätten wir von 91 Frauen mit Massage völlig geheilt 32; ferner operiert 21, zusammen 53. Von den übrigen 38 auch $^7/_{10}$ als operativ heilbar angenommen, ergäbe 27. Es hätten also hier $18 + 27 = 45$ durch Operation Geheilte sich im Gegensatze zu 32 ohne dieselbe Hergestellten befunden und wäre bei $3 + 11 = 14$ (ebenfalls 15,4 %) der Erfolg ungenügend geblieben.

Wenn bei dieser Wahrscheinlichkeitsrechnung, welche in ihrem ganzen Aufbau zu Gunsten des operativen Vorgehens, also der jetzt vorherrschenden Richtung, eingerichtet ist, auch die Zahl der durch Operation Heilbaren (45) überwiegt, so ist doch der thatsächliche Satz (32) von völlig ohne chirurgischen Eingriff Geheilten ein so grofser und erfreulicher, dafs schon um deswillen, auch wenn obige Rechnung Wirklichkeit würde, die Massage die höchste Beachtung verdiente.

Aber in das rechte Licht tritt dieselbe doch erst, wenn wir in Vergleich ziehen, was ohne sie geleistet werden konnte. In den 5 Jahren, welche unsre Massagebeobachtungen

---

[1] Es liegt kein besonderer Grund vor, dies zu bezweifeln, da ja mit den Jahren und der Anzahl der Operationen die Heilaussichten sich noch vermehren.

umfassen, wurden im Ganzen 60 Frauen, welche an höhergradigen Senkungen oder Vorfall litten, nicht mit derselben behandelt, aus einer Reihe von Gründen, die sich der Erörterung entziehen. Von denselben wurden 38 operativ, 22 mit Pessarien zu heilen versucht. Die jenseits der Klimax befindlichen kommen zunächst in Abzug. Unter den Operierten waren es 15 mit 6 Heilungen, von den nur mechanisch Behandelten 7 mit keinem einzigen völligen Erfolge. Von den 38 geschlechtsthätigen Frauen wurden 23 chirurgisch in Angriff genommen; nur 10 mit vollem Erfolge; von den übrigen 15 gelang durch Pessarien und andre Mittel völlige Dauerheilung einmal (s. S. 151). Es zeigt sich also, dafs selbst von den operativen Erfolgen weitaus mehr und Dauerhafteres zu erwarten ist, wenn Massage dem chirurgischen Eingriff vorausging; für die Nichtoperierten ist überhaupt kaum ein Vergleich möglich, weil eben völlige Herstellung ohne Massage zu den besonderen Seltenheiten gehört.[1]

Unterziehen wir schliefslich unsre wirklichen Heilerfolge mittels Massage einer Sonderbetrachtung, so kommt zweierlei in Frage. Erstens, was wurde wirklich ganz allein mit Massage erreicht ohne andre Hilfsmittel, aufser Faradisation? zweitens, welche Zeit nahm die Heilung in Anspruch?

Die erste Frage ist dahin zu beantworten, dafs wir lediglich durch Massage (und Faradisation) unser Ziel nur in wenigen Fällen erreicht haben. Und zwar von den 36 ge-

[1] Auch wenn wir die freilich mit andern Anschauungen behandelten Frauen der vorhergehenden Jahre berücksichtigen, stellen sich die Verhältnisse nicht günstiger. Von 1878 bis Ende 1882 wurden 30 mal bei hochgradigeren Herabsenkungen Operationen ausgeführt, von denen 12 zu einem ganz befriedigenden Erfolge, d. h. völliger Normallage der Organe, führten, 18 denselben vermissen liefsen. Auch hier trug die Rückfälligkeit von Retropositionen fast ausnahmslos die Schuld. Von den nur mit Pessarien wegen Gesamtvorfall behandelten 24 Frauen wurden 2 im Laufe der Jahre nach langdauernden Bemühungen gänzlich geheilt, alle übrigen konnten nur als mehr oder minder gebessert bezeichnet werden.

heilten Frauen bei 7. Bei denselben trafen günstige Verhältnisse zusammen. Die Kranken waren sämtlich in den besten Jahren, von gutem Kräftezustande; unter denselben gehörten 4 den höheren, 3 den arbeitenden Ständen an. Dreimal bestand Gesamtvorfall, zweimal darunter zugleich Rückwärtslagerung. Die Entstehung beruhte stets auf mangelhafter Rückbildung im Wochenbett mit plötzlicher Überanstrengung der Bauchpresse bezw. harter Arbeit; bei 3 Frauen war ein mäfsiger Dammrifs ohne tiefere Scheidenverletzung zugleich vorhanden; 4 konnten einige Wochen gelagert werden, 3 sich wenigstens der Berufsarbeit enthalten.

Bei zwei dieser Frauen war die Heilung eine staunenswert schnelle, und sie schliefsen sich den Fällen, wie sie Profanter von Brandt beschreibt, und wie sie durch v. Preuschen[1] und E. Fraenckel[2] veröffentlicht worden sind, nahe an. Dieselben waren kurz folgende:

49. Frau Gastwirt O., Hamburg, 31 Jahr, kräftige, grofse Blondine, 8 Jahre verheiratet, hat viermal normal geboren. Nach dem dritten Wochenbette mäfsige »Senkung«, gegen welche die Hebamme einen Meyerschen Weichgummiring einlegte. Derselbe wurde in der folgenden Schwangerschaft entfernt. Geburt normal. Die Frau konnte im Gegensatze zu früher wegen Vergröfserung des Geschäftes nicht nähren, stand schon am 7. Tage auf, bemerkte bald wieder Senkung. Trotzdem beteiligte sie sich 6 Wochen nach der Niederkunft (vor 2½ Monaten) an einem Umzuge mit thätigem Zugreifen. Plötzlich empfand sie starken Schmerz im Leibe, »als wenn etwas sich löste«. Von da ab schnelle Zunahme der Senkung, fortwährend geringer Blutverlust, seit 3 Wochen »Heraushängen« der Teile aus der Scheide, Kreuzschmerzen, Harnträufeln. Ringe halten nicht.

Aufnahme 17. 12. 84. Allgemeinbefund gut. Bauchmuskeln kräftig; geringe Diastase. Gesamtvorfall der Scheide mit Umstülpung und geringem, oberflächlichen, nur die Haut bis zur Fascia superficialis durchsetzenden Dammriss; Gebärmutter rückwärts geknickt, stark vergröfsert und verdickt, Halsteil derselben verlängert (7 cm), liegt im unteren Drittel der Scheide; geringe Endometritis.

Es wird sofort mit Dehnungsmassage und gleichzeitiger Faradisation

---

[1] *Centralblatt für Gynäkol.* 1888. No. 13.

[2] Ernst Fraenkel, *Breslauer ärztliche Zeitschrift,* 1888. No. 10.

der Scheidenwände, sowie des Mittelfleisches begonnen. Schon am ersten Tage gelingt die Repositio uteri, die Frau kann das Organ nicht mehr herabdrängen. Ruhelage, Scheidengewölbe leicht mit Gaze ausgestopft, nachdem vorher die Gebärmutter einmal ausgespült (Sublimat 1 : 3000) und mit reiner Jodtinktur ausgetupft worden war. Am nächsten Tage besteht zwar wieder Rückwärtsknickung, aber kein Prolaps, auch trotz Drängens.

Fortsetzung von Dehnung und Faradisation, ohne jede andere Behandlung aufser dreitägig eine subkutane Ergotineinspritzung, bewirken, dafs vom fünften Tage die Gebärmutter nach vorn gebeugt liegen bleibt, und dafs vom siebenten trotz starker Anstrengung der Bauchpresse keine Vorbuchtung der Scheide aus der Vulva mehr stattfindet.

Vom sechsten Tage an liegt die Kranke nur noch 2 Stunden nach der Behandlung; am 12. geht sie nach Hause, vom 14. an arbeitet sie. Massage vom 12.—24. Tag zweitägig, dann bleibt die Kranke fort. Trotzdem bewährte sich die Herstellung als eine vollständige; es trat kein Rückfall, auch nicht in der nächsten Schwangerschaft (nach einem Jahre) ein. Die Entbindung verläuft glatt, die Frau liegt 12 Tage, schont sich bis zur 6. Woche, nährt nicht; vom 12.—42. Tage des Wochenbettes täglich kleine Secaledosen (Fluidextrakt). Kein Rückfall. Gesund bis jetzt.

50. Frau Fk., Arbeiterfrau. Altona. 29 Jahre. Seit 5 Jahren verheiratet, hat sie 2mal regelmäfsig geboren, zuletzt vor einem Jahre. Im 2. Wochenbette mehrtägiges Fieber mit linksseitigen Leibschmerzen. Trotzdem stand sie am 9. Tage auf, weil das ältere Kind am Keuchhusten erkrankte; in der 4. Woche nach der Geburt bekam das Neugeborene dieselbe Krankheit. Die Frau mufste sich bei der Pflege der Kinder sehr anstrengen, das Nähren aufgeben und empfand nach einigen Wochen deutliche Senkung. Dieselbe steigerte sich nach und nach, jedoch ist erst vor 7 Wochen, also 10 Monate nach der Niederkunft, »alles herausgetreten«. Die Regel ist allmählich stärker und anhaltender geworden; Kreuzschmerz, Wundsein der Schenkel, Weifsflufs, Harnzwang sind dazugekommen.

Aufnahme 2. 10. 86. Kleine, kräftige, breitschultrige, im allgemeinen gesunde Frau. Gute Bauchmuskulatur, etwas Fettansatz. Kein Damm- bezw. Scheidenrifs bis auf geringe Durchtrennung der hinteren Kommissur. Starker Vorfall der vorderen Scheidenwand mit Blasenausstülpung, geringerer Durchtritt der hinteren Scheide. Beträchtliche Verlängerung der Pars supravaginalis cervicis (Halskanal 9 cm bei nur 3 cm eigentlichem Scheidenteil). Gebärmutterkörper verdickt, aber klein (Höhlenlänge 4½ cm), stark nach vorn geknickt, etwas nach links verzogen und daselbst durch einen breiten Narbenstrang im vorderen Parametrium nach dem Perioste des horizontalen Schambeinastes befestigt. Geringer Cervixkatarrh.

Dehnungsmassage mit gleichzeitigem Zugdruck auf die stark geschrumpfte Narbenfläche im Beckenbindegewebe. Faradisation der vorderen Scheidenwand und Blasengegend. Aufserdem keinerlei Behandlung, nur etwas Eisen innerlich. Die Kranke kann nicht in der Klinik bleiben, geht bezw. fährt teil-

weise jedesmal (nach einstündiger Ruhe) zu ihrer ziemlich entfernten Wohnung, enthält sich aber 14 Tage lang jeder anstrengenden Arbeit. Nach 7 täglichen Sitzungen ist der Uterus beweglich, die Narbe gedehnt, Cervix höher gezogen; die vordere Scheidenwand tritt nicht mehr herab. Gleicher Befund nach 7tägiger Unterbrechung durch die Regel. Nach derselben abermals 7 tägliche, dann bis zur nächsten Periode zweitägige Sitzungen. Nach Verlauf der Menstruation völliges Wohlbefinden. Gebärmutterlage normal, Narbe geschwunden, Kystocele zurückgegangen, Länge des Cervicalkanales knapp 7 cm; nur die hintere Wand der Scheide buchtet sich noch ein wenig vor. Ohne weitere Behandlung hat sich der Befund im Laufe der Zeit noch mehr und mehr gebessert; die Frau ist gesund bis jetzt, Schwangerschaft nicht wieder eingetreten.

Wir erkennen, wie bei diesen beiden Frauen die Massage einen überraschend schnellen und günstigen Einflufs ausgeübt hat, und zwar unter verschiedenartigen Umständen des Vorfalles. Beide Frauen waren noch jung und kräftig, hatten keine erschlafften Bauchdecken, die Entstehung des Leidens lag nicht allzuweit zurück, beruhte auf mangelhafter Wochenbettsrückbildung und Hinzutreten aufsergewöhnlicher Anstrengungen. Im ersten Falle war jedenfalls die Rückwärtslagerung durch Erschlaffung der Ligamenta sacrouterina, im zweiten die Befestigung durch parametritische Schrumpfnarbe die bewegende Ursache des späteren Befundes; irgend belangreiche Verletzungen des Beckenbodens fehlten.

Aber nur recht selten blühen uns so schnelle Erfolge von dauerndem Bestande. Allerdings haben wir weiterhin noch fünfmal scheinbar gleich schnelle Abheilung gesehen, jedoch keine derselben hat bei Rückkehr zum Alltagsleben länger als 6—10 Wochen Stand gehalten, die sämtlichen Frauen bekamen später noch Stützmittel, konnten derselben auch trotz wiederholter Versuche nicht entraten, und befinden sich unter den relativ Hergestellten.

Man mufs daher die Hoffnung auf Dauererfolg recht vorsichtig beurteilen. Uns flöfsen diejenigen Kranken weitaus mehr Vertrauen ein, welche langsamere Neigung zur Heilung aufweisen. So haben die übrigen 5 Frauen, welche

ohne andre Hilfsmittel als Massage und Faradisation gesund wurden, lange Mühen beansprucht. Bei keiner war vor Ablauf dreier Monate von gänzlicher Heilung die Rede, und nur dank der Geduld und völligen Abneigung der Frauen, sich zeitweise ein Stützmittel einlegen zu lassen, kamen wir nach und nach zum Ziele.

Hier liefse sich einwenden, dafs ein schneller, voller Erfolg doch immer ein solcher bliebe, wenn er auch durch die Ungunst der Lebensbedingungen verloren ginge, und dafs daran also die Massage nicht Schuld trage. Wir können diesen Einwand nicht gelten lassen. Die Kranke nennt Dauerheilung diejenige, welche ihr unter den einmal gegebenen Lebensverhältnissen völlige Leidensbefreiung verschafft. Wir müssen ihr darin Recht geben, indem wir uns bescheiden, wenn auch an sich gute Heilwege doch nicht diesen Daseinsbedingungen der Kranken dauernd Rechnung tragen, jedenfalls aber objektiv eine Herstellung erst nach langem Gleichbleiben als vollständige bezeichnen.

Nach Abzug der 7 mit Massage und Elektrizität allein Geheilten bleiben von den 36 gänzlich Hergestellten 29 Kranke übrig. Sie alle wurden unter vorübergehender Zuhilfenahme andrer mechanischer Mittel zur Massage nach und nach geheilt. Dieselben bestanden fast ausschliefslich in verschiedenen Arten von Stützmitteln, vornehmlich, je nach dem Fall, in der Form von Thomasschen, Hodgeschen oder Schalenpessarien. Es ist mehrfach (s. S. 133. 135) auf die Gründe hingewiesen worden, welche uns veranlassen mufsten, neben der Massage uns solcher Hilfsarbeiter zu bedienen. Wir können aber auch nachweisen, dafs nicht wenige Frauen gerade durch die bei dauerndem Pessargebrauche unvermeidlichen Nebenerscheinungen zu mehrfach wiederholten Massagekuren bekehrt und so schliefslich durch dieselben gänzlich geheilt wurden. Die zeitweise Einlegung von Stützmitteln hat jedoch nicht nur den moralischen Nutzen eines Scheinerfolges und

augenblicklicher Beschwerdefreiheit, sondern auch, und zwar in erhöhtem Mafse, einen thatsächlichen Nutzen für die Massage selbst. Bei den schweren, mit Rückwärtslagerung einhergehenden Vorfällen kann es Wochen und Monate mit der Massage allein dauern, bis erst einmal ein emporgelegter Uterus in Anteflexion liegen bleibt, in einem gut angepafsten Thomaspessarium, ja selbst über einer Schale, liegt das Organ mitunter nach wenigen Tagen vorzüglich. Die Massage aber macht einesteils ganz andre Fortschritte und kann andernteils — was ja für alle Unbemittelten von gröfster Wichtigkeit ist — in der Häufigkeit der Anwendung wesentlich beschränkt werden, wenn das einmal Erreichte vorübergehend festgehalten und nicht von Tag zu Tag rückfällig wird. Das Endziel aber mufs unter Fortsetzung der Massage immer weitere Beschränkung der Stützmittel und schliefsliche Wegnahme derselben bilden. Hier lehren eben einmal Zahlen. Wir haben auf diesem Wege eine stattliche Menge Kranker, auch viele Unbemittelte, gänzlich und dauernd zu heilen vermocht, während sich nebenher zu ständigem Vergleiche genug Frauen bewegten, welche uns die geringen Fortschritte oder die Ohnmacht einer alleinigen Pessartherapie erkennen liefsen.

Freilich sind alle diese 29 Heilungen Geduldsarbeit für Kranke und Ärzte gewesen, denn die Zeitdauer für Massageerfolg bei Senkung und Vorfall — und dies bringt uns zur Beantwortung der oben angeregten zweiten Frage (s. S. 156) — ist nur selten eine nach Wochen zu bemessende. Es ist nicht möglich, hier eine Durchschnittsberechnung, wie bei den Rückwärtslagerungen anzustellen (s. S. 115); die zur Herstellung benötigte Zeit hängt lediglich von dem Einzelfalle ab, je nach seiner anatomischen Gestaltung und je nach den persönlichen Verhältnissen, sowie nicht zum geringsten je nach dem Verhalten der Frauen. Wir haben nahezu stets, mit Ausnahme weniger günstiger Fälle, 3—4—6 Monate, und bei mehreren

Kranken über ein Jahr gebraucht, bis von vollständiger Heilung die Rede sein konnte.[1] Natürlich sind letztere nicht ständig der Massage unterzogen worden. Niemals hat sich tägliche Massage über mehr als 4—5 Wochen hingezogen; meist haben wir von der fünften Woche an das Verfahren nur dreitägig angewandt; auch ist keine Frau länger als einige Wochen ihrem Berufsleben entzogen gewesen. Die etwaigen Stützmittel wurden nach 8—10, meist aber erst nach 15—20 Massagesitzungen eingelegt, gewöhnlich kurz vor der Regel, um das bis dahin Erreichte während selbiger zu erhalten.[2] Trat der Erfolg nicht in etwa 2 Monaten ein, so wurde ein Zwischenraum von verschieden langer Dauer mit nur einmal wöchentlicher, bezw. ganz unterbrochener Behandlung eingeschaltet und neben dem Pessarium kamen die gewöhnlichen Mittel — Douchen, Bäder, Turnen, Heilgymnastik — je nach den Verhältnissen in Anwendung. Nach einiger Zeit wurde das Stützmittel entfernt und wiederum ein paar Wochen täglich oder zweitägig massiert.

So erreichten wir in mehrfachem Wechsel, unter möglichst sorgsamer Individualisation, langsam mehr, als vielleicht durch längere Massagekuren schneller, aber weniger dauernd zu beschaffen gewesen wäre. Und wo uns eine Dauerheilung versagt blieb und die Patienten nicht zu operativen Eingriffen sich entschliefsen, bezw. wir ihnen solche nicht mit Aussicht auf volleren Erfolg anraten konnten, sind doch noch weitgehende Besserungen in recht verzweifelten Fällen durch

---

[1] Hier ist dem Einwurfe zu begegnen, dafs doch bei so langer Behandlungsdauer dem schnelleren operativen Vorgehen der Vorzug gebühre. Dem ist aber die geringe Dauerwirkung desselben bei allen komplizierten Fällen auf das bestimmteste entgegenzuhalten, abgesehen davon, dafs viele Frauen aus verschiedenen Gründen die nicht chirurgische Behandlung vorziehen bezw. Operationen ablehnen.

[2] Wir behandelten die überwiegende Zahl der Frauen während der Monatsblutung nicht. S. S. 13.

das Zusammenwirken von Massage, Faradisation und geeigneten Pessarien zu verzeichnen gewesen.

Es ist immerhin wahrscheinlich, dafs durch die Einführung und weitere Ausbildung der Brandtschen Widerstandsbewegungen in einer Reihe von Fällen noch mehr bezw. schneller Erfolg erzielt werden wird. Aber zweierlei glauben wir schon jetzt mit Bestimmtheit nach Versuchen von $1^1/_2$ Jahren sagen zu dürfen. Erstens darf man dieselben nicht allein als das Wesentliche ansehen (vergl. S. 131), sondern mufs den Vorschriften Brandts entsprechend sie mit Massage gegen die Erschlaffung der höher gelegenen Teile verbinden, und zweitens erwarte man nicht viel von denselben bei älteren Frauen.

Ein brauchbarer Vergleich über die dauernden Enderfolge mit oder ohne Widerstandsbewegungen läfst sich natürlich erst nach Jahren anstellen; für jetzt haben unsre Ausführungen jedenfalls erwiesen, dafs auch bei Senkung und Vorfall ohne eigentliche Gymnastik und Muskelbewegungen, nur durch Massage von ärztlicher Hand eine Reihe befriedigender Ergebnisse zu erzielen ist.

Durch Zuhilfenahme der Massage, (bezw. mit Faradisation verbunden) gelingt es, die Heilaussichten für Senkungen und Vorfälle der Geschlechtsorgane wesentlich zu heben.

Dieselbe wirkt am besten und schnellsten auf die durch Erschlaffung der Gewebe zurückführbaren Veränderungen; jedoch vorzugsweise bei Frauen im geschlechtsthätigen Lebensalter.

Gegen die auf andern Ursachen, besonders Scheidendammrissen beruhenden Vorfälle ist ihre Wirkung gering, ebenso im allgemeinen bei senilen Frauen. Auch die gesellschaftliche Stellung der Frauen beeinflufst Nutzen und Dauererfolg von Massagebehandlung.

Die Massage leistet unter allen — selbst ungünstigen — Verhältnissen mehr, als die bisherige Behandlung. Auch die

nicht völlig Geheilten werden beschwerdefreier gemacht, als durch einfache Stützmittelbehandlung, und die wegen Scheidendammdefekten Operierten bieten bessere Aussichten auf Dauerheilung, wenn man begleitende Erschlaffungszustände, namentlich Rückwärtslagerung der Gebärmutter mit Scheidendehnung oder Scheidenwucherung, vorher durch Massage beseitigt.

Die Zeitdauer von Massagebehandlung bei Senkung und Vorfall hängt von individuellen Verhältnissen ab, ist aber gewöhnlich eine länger dauernde; zeitweise Unterstützung derselben mit Stützmitteln bei schweren Fällen ist förderlich.

Gegenanzeigen und Mifserfolge.

Die Gegenanzeigen für Massage der Geschlechtsorgane liegen im allgemeinen ja klar zu Tage. Bei allen Krankheitszuständen, welche peinlichste Ruhe entweder des Gesamtorganismus oder des Tractus genitalis erheischen, hat dieselbe zu unterbleiben.

Im einzelnen kommen zunächst akute Krankheiten im Bereiche der Geschlechtssphäre in Frage. Wir haben uns stets jeder Massagebehandlung enthalten und auch bereits früher erwähnt (S. 32), dafs wir dem Vorgehen Brandts (s. dessen Buch S. 42)[1] hier nicht Folge leisten möchten.

Auch über den Zeitpunkt, wann Exsudate und Blutergüsse im subakuten Zeitabschnitt ihres Verlaufes einer nutzbringenden Massage zugänglich sind, ist früher die Rede gewesen (s. S. 32). Wir halten an unserem, von Brandt, Resch u.a. abweichenden, Massagebeginn mehr hinausschiebenden Standpunkte, mit immer zunehmender Erfahrung durchaus fest und raten jedem, der nicht wie wir nach ein paar Erfolgen einen schweren Mifserfolg erleben will, Gleiches zu thun.

Massage während der Schwangerschaft haben wir nur wenige Male in Gebrauch gezogen; die Natur nimmt uns ja die allerdings in den ersten Monaten oft mit vielen Schmerzen einhergehende Dehnung alter Narbenstränge und Exsudatreste meist bald ab. Auch bei Rückwärtslagerung der schwangeren

[1] Reschsche Übersetzung!

Gebärmutter, selbst mit Verlötungen, haben wir uns zurückgehalten und auf Ruhe, Überwachung, Pessarien beschränkt. Das »post hoc, ergo propter hoc« bei eintretender Fehlgeburt liegt hier doch zu nahe. In den letzten Wochen der Schwangerschaft haben wir mitunter starke, von früheren Geburten herstammende Scheidennarben oder hochgradige Enge nach Operationen mit passiver Massage behandelt und für den Verlauf der Entbindung davon Gutes gesehen.

Bei der ersten Besprechung der Massage in Magdeburg erschien uns noch Allgemeinerkrankung, z. B. Phthise und latente Gonorrhoe als Gegenanzeige.

Was erstere anlangt, so ist es im allgemeinen wohl richtig, bei Schwindsüchtigen frauenärztliche Behandlung zu beschränken. Aber für den Einzelfall ist dies nicht immer durchführbar, und wie wir Neubildungen, welche Gefahr brachten, jederzeit auch bei nicht gerade hochgradig Tuberkulösen anzugreifen uns verpflichtet fühlten, so haben wir auch bei solchen Frauen mit chronischer Parametritis, befestigten Rückwärtslagerungen und Vorfall in den letzten Jahren die Massage angewendet und den Kranken so wenigstens Heilung bezw. Erleichterung der Unterleibsbeschwerden zu bringen versucht. Ebenso haben wir uns einige Male bei Diabetischen verhalten. Nachteile wurden nicht beobachtet.

Weitaus schwieriger liegt die Sache beim chronischen Tripper. Trotz vereinter Anstrengung mehrerer Forscher sind wir über die Verlaufsweise des Trippers gerade beim Weibe noch weit von Klarheit und wirklich sicherem Wissen entfernt. Dafs derselbe überaus verderbliche Einwirkung hat — mag sie auch von einzelnen zu sehr hervorgehoben werden — und vor allem, dafs die in seinem Gefolge auftretenden Entzündungen sehr lange Rückstände an verschiedenen Stellen der Geschlechtsorgane lassen, welche bei geringen Anlässen neue, mitunter folgenschwere Erscheinungen hervorrufen, das dürfte wohl jedem Frauenarzte jetzt sicher stehen. Daraus ergibt

haben diejenigen, welche sich mit der ersten Einführung solcher befassen, schon weil sie leicht dem Neuen, für gut erkannten, zu viel zuzutrauen geneigt sind, am ehesten mit Fehlgriffen zu kämpfen. Die Massage macht keine Ausnahme.

Die Mifserfolge können beruhen bei einem mechanischen Heilmittel wie Massage auf mangelhafter Ausführung oder auf falscher Anzeigestellung wegen unrichtiger Erkenntnis des Leidens. Eine sachliche Kritik wird in der grofsen Mehrzahl der Fälle die letztere ausfindig machen, und nur selten bei ganz unkundigem oder rohem Vorgehen kommt erstere in Frage.

Wir haben niemals von einer falsch ausgeführten Bewegung, von einem Abgleiten, von einer gegen unsre Anweisung von Mitarbeitenden ausgeführten Massage nennenswerten Schaden gesehen, wenn die Diagnose richtig war, und wir haben nahezu ausnahmslos unsre schlechten Erfahrungen Fehlern in der Erkenntnis des Falles zuschreiben können. Mochte dies auch persönlich nicht angenehm sein, so war es doch belehrend, und hat uns dieses Bestreben, immer mehr in unsrer Diagnostik als in unsrer Technik nach den Ursachen der Mifsgriffe zu suchen, nur gute Dienste gethan.

Überblicken wir in gedrängter Kürze die Mifserfolge nach den einzelnen Krankheitsgruppen, deren Massagebehandlung wir zu schildern versucht haben, so ergibt sich:

Bei den *Blutergüssen und Exsudaten* sahen wir vorübergehende Nachteile in Gestalt von Schmerzen, Harnzwang, Mastdarmdruck, lediglich bei den zeitweise auf Empfehlung andrer hin gemachten Versuchen früher, als wir sonst gethan hatten, zu massieren, oder wenn wir, gleichfalls auf derartige Ratschläge hin, die Kranken zu früh aufstehen liefsen, bezw. sie ambulant behandelten.

Das Gleiche gilt von der *chronischen Beckenbindegewebsentzündung.* Einmal mufsten wir hier zu frühe Massagever-

suche mit heftigem Rückfalle nebst folgendem Eiterdurchbruch in den Mastdarm bereuen. Mehrere andere, geringere, aber im ersten Auftreten immerhin erschreckende Nachschübe sahen wir im Gefolge zu starker Narbendehnung bezw. versuchter Narbensprengung unter Chloroform. Wir unterliefsen deshalb mehr und mehr jede derartige Mafsnahme bei unsern Narkosenuntersuchungen und begnügten uns während dieser mit der Aufnahme des Befundes. Die Massage führten wir dann, nach einigen Tagen beginnend, ohne Betäubungsmittel aus und fanden stets in den Äufserungen der Kranken die richtige, uns vor Mifserfolgen behütende Grenze, bis zu welcher wir gehen durften.

Auch die bei der *chronischen Beckenbauchfellentzündung* und deren Folgen im Laufe der Jahre zeitweise wiederholten trüben Erfahrungen beziehen sich in der grofsen Mehrzahl auf Vorkommnisse bezw. zu weit ausgedehnte Thätigkeit in der Narkose.

Viermal platzten uns während derselben kleine Geschwülste, bezw. deutlich fühlbare hydropische Schwellungen unter den Händen; bei sofortiger Ruhelage und Eisanwendung trat niemals eine besorgniserregende Erscheinung auf.

Fünfmal erlebten wir umschriebene, schmerzhafte Perimetritis mit Fieberbewegung, dreimal dieselbe ohne Fieber. Unter diesen acht Fällen lag viermal ein Erkenntnisirrtum vor; es waren uns bei nicht in Narkose untersuchten Kranken Eileiter- bezw. Eierstocksschwellungen entgangen; wir hatten Massage in der Annahme von Parametritis chronica begonnen. Bei allen vier Frauen wurde nachträglich noch Trippergrundlage des Leidens nachgewiesen, bei zweien später durch die Salpingotomie erhärtet. Der Verlauf war ein schneller, gutartiger, ohne bleibenden Nachteil, von Massage wurde abgestanden. Die vier andern Frauen wurden mit Zuhilfenahme von Chloroform untersucht. Zwei derselben massierten wir während der Betäubung nicht, sondern es wurden erst einige

Tage später trotz festgestellter Eileiterschwellung wegen verweigerter Operation Versuche unternommen. Dieselben zogen Schmerzen, leichte Bauchfellreizerscheinungen und in einem Falle Fieber nach sich. Die Massage wurde aufgegeben; die Krankheitsanzeichen verschwanden nach wenigen Tagen; beide Kranke wurden später auf operativem Wege geheilt.

Hingegen wagten wir bei den zwei andern Kranken in der Narkose, weil wir mit Bestimmtheit nichts Verdächtiges zu fühlen meinten, eine breit im Beckenbauchfell gegen den Mastdarm hin verwachsene, rückwärtsgebeugte Gebärmutter zu lösen. Dieser Versuch, oft genug von uns früher mit Erfolg geübt, führte zu schwerer Erkrankung in diesen beiden Fällen unter den Erscheinungen von Eiteraustritt in die Bauchhöhle. Eine Patientin genas und wurde später durch Bauchschnitt mit Ventrofixatio uteri hergestellt; die andre ging nach schwerem Krankenlager trotz operativer Rettungsversuche zu Grunde; die Sektion ergab, dafs eine doppelseitige, alte, eingedickte, flache tuberkulöse Pyosalpinx mit dem Mastdarm verlötet gewesen und bei unsern durchaus nicht starken Hebungsversuchen eingerissen war.[1] Es zeigt sich also auch hier ganz offenkundig, dafs die Massage als

[1] Die Kranke war aufser an Scharlach im 16. Jahre niemals krank gewesen, 10 Jahre verheiratet; der Mann war völlig gesund, hatte nie irgend eine Geschlechtserkrankung gehabt. Die in 10jähriger steriler Ehe lebende Dame klagte nur über ständige Kreuzschmerzen, war sonst blühend und gesund. Die Untersuchung ergab aufser retroflektiert-fixiertem Uterus gar nichts; da aber dieselbe sehr empfindlich war, wurde chloroformiert. Auch dann fand sich nichts Verdächtiges; wir glaubten — es untersuchten 4 Ärzte — mit Bestimmtheit beide Eierstöcke in geringer Schwellung, aber sonst nicht das geringste Auffällige zu finden. Daraufhin wurde scheinbar leicht, ohne Hakenzange, Sonde oder dergl. zu reponieren versucht; man fühlte ein plötzliches Nachgeben, und die Hebung gelang. Die Erkrankung erfolgte erst am fünften Tage abends nach völlig fieberlosem, ruhigem Liegen. Dies erklärte bei der Autopsie sich so, dafs erst der Eiter nur in eine alte, nach oben durch Verklebung von Bauchfell abgeschlossene Tasche gelangte und vermutlich erst beim Aufstehen und Treppensteigen am fünften Tage ein weiterer Durchbruch erfolgte.

solche nicht der Mifserfolge beschuldigt werden kann. In den ersten Fällen war die Diagnose nicht richtig, immerhin verliefen dieselben, weil die Kranken nicht betäubt und die Mafsnahmen nicht starke waren, schell und gutartig; in den letzten war die Massage in der Narkose angewandt worden, und dies halten wir nach unsrer jetzigen Überzeugung für durchaus unrichtig, insonderheit bei befundener chronischer Perimetritis.

Bei einigen andern Fällen chronischer Pelviperitonitis, deren Endursache nachweislich auf Tripperansteckung beruhte, sahen wir bald nach Massage entzündliche Schwellung von Gelenken, einmal mit kurzer Fiebersteigerung. Allerdings hatten die Frauen schon früher, wie sie meinten, »Rheumatismus« zeitweise gehabt; es läfst sich aber die Rückfälligkeit von blenorrhoischer Gelenkentzündung nach Massage des Leibes nicht ganz von der Hand weisen und mahnt ebenfalls zu Vorsicht betreffs Massage bei Tripperkomplikation.

Bei den Rückwärtslagerungen, soweit sie nicht mit dem Gebiete der Parametritis und Perimetritis zusammenhängen, sowie bei der Behandlung von chronischer Metritis und von Vorfällen der Gebärmutter haben wir Mifserfolge in dem Sinne einer Schädlichkeit für unsre Kranken nicht erlebt.

Dafs uns solche in dem Sinne nicht erreichter Heilung noch oft genug vorkamen, haben die betr. Abschnitte ergeben; dieser Unvollkommenheit ist die Massage nicht minder ausgesetzt, als so viele andere Bestrebungen der Heilkunst.

Schlufsbemerkungen.[1]

Wenn wir nunmehr diese Erfahrungen über Massage in der Frauenheilkunde, die ersten 5—6 Jahre unsrer Thätigkeit mit derselben umfassend, vorläufig abschliefsen, so sind wir uns der Unvollkommenheit des bisher Geleisteten durchaus bewufst.

Ein einzelner vermag auch bei möglichster Objektivität auf einem so schwierigen Gebiete nicht zu einem abgerundeten, befriedigenden Abschlufs zu gelangen.

Wir haben zu schildern versucht, was Massage, technisch in Anlehnung an die in der Chirurgie üblichen Handgriffe aufgebaut, jedoch unter Anpassung und Änderung derselben nach den Verhältnissen der weiblichen Beckenorgane, zu leisten vermag, und zwar zunächst ohne Gymnastik.

Ohne deren Wert, schon weil sie auf physiologischem Denken beruht, gering zu schätzen, haben wir wegen der mit unsrer ärztlichen Praxis verbundenen Schwierigkeiten sie nicht selbst geübt. Die Zukunft mufs erweisen, und wir haben uns den entsprechenden Versuchen nicht verschlossen, wieviel Massage in Verbindung mit Gymnastik mehr zu leisten vermag, als wir nach unsrem einfacheren Vorgehen erreichten.

---

[1] Es sei hier bemerkt, dafs einige während der Drucklegung dieser Arbeit erschienenen Aufsätze bezw. Werke nicht mehr in Vergleich gezogen werden konnten. Z. B. G. Norström, *Massage de l'uterus.* Paris 1889. Semianikow und Ott, Vorträge auf dem dritten Kongrefs russischer Ärzte. E. von Braun-Ferwald und F. Kreissl, *Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten.* Wien 1889.

Dann werden sich die Grenzen beider für die ärztliche Thätigkeit bestimmter abstecken lassen.

In den einzelnen Abschnitten dieser Schrift haben wir uns bemüht zu zeigen, wieviel die Massage in der von uns gebrauchten Form an Erfolg bot, in fortgesetztem Vergleiche mit den sonstigen Heilbestrebungen unsres Fachgebietes.

Es hat sich, wenn wir, in wenige Worte gefafst, ein Facit ziehen, erwiesen, dafs die Massage — wenigstens in der unserseits geübten Weise — nicht ein in sich abgeschlossenes Heilverfahren ist.

Die Massage ist für uns nicht eine Heilmethode, sondern ein Heilmittel, ein einzelner Heilfaktor, berufen, in geeigneter Verbindung mit andern bewährten Mitteln unsre bislang vielfach mangelhafte Leistungsfähigkeit im Heilen und Bessern chronischer Krankheitszustände der Organe des weiblichen Beckens um ein bedeutendes Stück zu erhöhen.

Man kann kaum eine Krankheit mit Massage allein dauernd heilen, sondern vorwiegend einzelne bestimmte Erscheinungen derselben — allerdings meist besonders wichtige und der bisherigen Therapie wenig zugängliche — günstig beeinflussen. Namentlich gegen die ursächlichen Bedingungen mancher Leiden leistet die Massage durch gründliche Beseitigung derselben Vorzügliches und mehr, als wir zuvor, selbst mit operativem Vorgehen, zu erreichen in der Lage waren. Man darf ihr aber nicht mehr zutrauen, als sie nach den Lebensbedingungen der Gewebe und nach den physikalischen Grundlagen ihrer Ausführung zu schaffen vermag, und mufs sie daher bei den einzelnen Krankheitsgruppen mit andern Heilmitteln, je nach der Eigenart des Falles, verbinden.

Die Handgriffe und die Handhabung sind ziemlich einfach, die Schwierigkeit liegt vorwiegend in einer auf die genaue Erkenntnis der Krankheit gegründeten sorgsamen Individualisation. Diese Schwierigkeit kann allerdings recht oft eine bedeutende sein, nicht beruhend auf der Unfähigkeit des

Arztes, sondern darauf, dafs unsre Diagnostik noch immer viele Lücken aufweist. Lediglich aus diesem Grunde haben wir mehrfach betont, dafs die Massage für die Thätigkeit des praktischen Arztes noch nicht, oder wenigstens nur in einzelnen Richtungen, spruchreif und verwendbar ist.

Wir sind uns, neben dem Bewufstsein, noch nicht ein fertiges Gebäude geliefert zu haben, aber auch klar darüber, dafs wir scharfen Anfechtungen nicht entgehen werden, und zwar von beiden Seiten, sowohl von den Anhängern, als von den Gegnern der Massage. Mit den grundsätzlichen Gegnern ist nicht zu rechten. Wer eine Sache verurteilt, ohne sie nach eigner sorgsamer Prüfung beurteilen zu können, kann nicht mit Gründen bekehrt werden. Verketzerung ist ja das selbstverständliche Schicksal neuer Ideen auf allen Gebieten des Geistes, und nicht zum mindesten in der Medizin. Aber wohin sind die mitunter recht hochstehenden Gegner der Antisepsis, der Bauchchirurgie gekommen? Ist nicht mancher derselben nachher zum eifrigsten Apostel derselben geworden? Was nicht Gründe thun, bringen die Zeit und die Erfolge andrer schon mit sich.

Nur gegen einen ablehnenden Standpunkt[1] mufs auf das schärfste Einspruch erhoben werden; denjenigen nämlich, als ob in die gynäkologische Massage irgend ein sittlicher Zweifel zu setzen sei. Wer den Wert bimanueller Untersuchung anerkennt, wer eine rückwärts geknickte Gebärmutter ein- oder mehrfach aufrichtet, der thut nichts andres als einen Massagehandgriff. Und ob es zuträglicher ist, ein- oder zweitägig Glycerintampons einzulegen bezw. ein »Gebärmuttergeschwür« zu ätzen, oder einen Entzündungsrest, eine Schrumpfung direkt durch Handgriffe zu beseitigen, mufs der Erfolg zeigen, die Moral kann dabei nie in Frage kommen. Freilich wird,

---

[1] Vergl. Norström, *Massage de l'uterus*, 1889. S. 6 und 13. In Deutschland sind schriftlich bisher Äufserungen in dieser Richtung nicht er olgt, mündlich sind mir jedoch selbige bereits mehrfach begegnet.

und oft mit Recht, der jetzigen Frauenheilkunde ein »Zuviel« vorgeworfen. Was aber ist richtiger: Eine Massagebehandlung in klinischer Beobachtung von einigen Wochen, wenn nötig täglich, mit dauerndem Erfolge, oder eine allerding vielleicht nur 1—2mal wöchentlich ausgeübte, mehrmonatliche, oft noch viel längere Bearbeitung der kranken Frauen mit Jodpinselungen, Tampons, Blutentziehungen, im Hause bezw. in der Sprechstunde, bei zweifelhaftem Endergebnis?

Neben grundsätzlichen Gegnern stehen der Massage aber viele Ärzte, vermutlich die meisten, abwartend gegenüber. Dieser Standpunkt war und ist berechtigt. Die Mehrzahl der deutschen Ärzte hält sich neuen Heilvorschlägen gegenüber, besonders ausländischen und nun gar solchen, die von Laien ausgehen, vorsichtig zurück, und zwar gewöhnlich so lange, bis dieselben auf deutschen Kliniken und von bewährten Meistern des betreffenden Faches geprüft und für gut befunden worden sind. Es kann nur den Klinikern und den Ärzten zur gegenseitigen Ehre gereichen, wenn dieses Verhältnis in unsrem Lande dauernd erhalten bleibt. Es erscheint also zunächst wünschenswert, dafs die Kliniken von ihrem abwartenden Verhalten der Massage gegenüber abstehen, nachdem einzelne ihrer Vertreter den Anfang gemacht haben, sowie durch Arbeiten in- und ausländischer Ärzte die Lebensfähigkeit und die Einzelerfolge der Massage nachgewiesen sind. Und wie seiner Zeit der operativen Gynäkologie die klinische Prüfung, da und dort auch nicht ohne Widerstand, zu Teil wurde und zu glänzenden Errungenschaften geführt hat, so sollte jetzt auch Bestrebungen, die im besten Wortsinn erhaltende, konservative sind, die Thür geöffnet werden. Der Rückstrom ist ebenso zu erwarten gewesen, wie er natürlich ist; denn mit fortschreitender Erkenntnis mufste sich zeigen, dafs die operative Gynäkologie nicht alles leisten kann und aufserdem nicht alles dauernd hält, was sie anfangs verspricht. Von jedem Ersatze mufs beansprucht werden, dafs er einem

vernunftgemäfsen Denken über regelmäfsige und krankhafte Lebensvorgänge entspringt. Dies thut die Massage aufser jedem Zweifel, wie ihre Verwendung in der Chirurgie bewiesen hat.

Haben aber erst einmal, wie wir hoffen, die deutschen Kliniken, unbekümmert darum, ob die erste Anregung ausnahmsweise von einem denkenden Laien ausging, die Massage geprüft, so wird sicherlich bald das in ihr ruhende Gute von dem Zweifelhaften eine strenge Scheidung erfahren. Und nicht gegen die operative Gynäkologie wird sich, wie es jetzt mitunter scheinen könnte, ihre Spitze richten, sondern im Verein mit derselben unter gegenseitigem Ausgleiche je nach den Heilanzeigen, wird die Frauenheilkunde weiterer gedeihlicher Entwickelung entgegengehen.

Alsdann wird die Massage auch gelehrt werden und somit in die Thätigkeit des praktischen Arztes übergehen.

Zugleich werden damit diejenigen Anfechtungen verstummen, welche uns auch von den Anhängern der Massage recht vermutlich gemacht werden, mögen dieselben die Methodik oder die nicht genügend energische Anpreisung oder die sonstigen von uns entwickelten Anschauungen betreffen. Denn nach unsrer Erwartung wird die Massage nicht ohne weiteres, wie Einzelne meinen mögen, einen »Siegeszug« durch die deutschen Lande machen. Solche Triumphe pflegen nahezu immer von wenig angenehmen Ernüchterungen gefolgt zu sein. Wir würden es als eine bessere Gewähr für ihre Zukunft ansehen, wenn sie, als gutes Verfahren durch klinische Prüfung erkannt, nach und nach weiter ausgebildet und verbessert, in dem Heilschatz der Frauenheilkunde nicht vorübergehend glänzende, sondern mit andern Mitteln vereint dauernde Aufnahme findet.

